

Vergaderjaar 2009–2010

**19 637**

**Vreemdelingenbeleid**

**Nr. 1320**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 28 januari 2010

De vaste commissie voor Justitie<sup>1</sup>, heeft een aantal vragen voorgelegd aan de staatssecretaris van Justitie naar aanleiding van de brief van 7 oktober 2009 inzake de rechtsbijstand en medische problematiek in het vreemdelingenbeleid. Bij brief van 26 januari 2010 heeft de staatssecretaris deze vragen beantwoord. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
De Pater-van der Meer

De Adjunct-griffier van de commissie,  
Puts

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Staaij (SGP), De Wit (SP), Arib (PvdA), Ondervoorzitter, De Pater-van der Meer (CDA), Voorzitter, Çörüz (CDA), Gerkens (SP), Van Haersma Buma (CDA), Joldersma (CDA), Van Velzen (SP), Van Vroonhoven-Kok (CDA), De Krom (VVD), Azough (GL), Timmer (PvdA), Griffith (VVD), Teeven (VVD), Verdonk (Verdonk), Pechtold (D66), Heerts (PvdA), Bouwmeester (PvdA), De Roon (PVV), Roemer (SP), Thieme (PvdD), Van Toorenburg (CDA), Anker (CU) en Laaper-ter Steege (PvdA).

Plv. leden: Van der Vlies (SGP), Langkamp (SP), Besselink (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), Jager (CDA), Leijten (SP), Sterk (CDA), Jonker (CDA), Ulenbelt (SP), De Vries (CDA), Weekers (VVD), Van Gent (GL), Dijsselbloem (PvdA), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Van Miltenburg (VVD), Zijlstra (VVD), Koşer Kaya (D66), Gil'ard (PvdA), Bouchibti (PvdA), Fritsma (PVV), Karabulut (SP), Ouwehand (PvdD), Smilde (CDA), Slob (CU) en Spekman (PvdA).

## **Inhoudsopgave**

<b>I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
1. Inleiding	2
2. Algemeen	3
3. Rechtsbijstand in de verbeterde asielprocedure	3
4. Medische problematiek en het vreemdelingenbeleid	4
5. Commentaren derden	12
6. Ten slotte	13
<b>II. Reactie van de staatssecretaris</b>	<b>13</b>

## **I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**

### **1. Inleiding**

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief. Zij waarderen het dat over de nadere uitwerking van de regeling van de rechtsbijstand en de medische aspecten in de asielprocedure uitvoerig met het veld is gecommuniceerd, zoals dat eerder is gebeurd bij de totstandkoming van de eerder aan de Kamer kenbaar gemaakte voorstellen voor de verbetering van de asielprocedure en de daarmee samenhangende wetgeving. Zij achten dit van belang voor het draagvlak van de voorgestelde maatregelen. Deze leden hebben over de in de brief geschetste maatregelen enkele vragen.

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief. Deze leden delen het streven van de staatssecretaris van Justitie (hierna: de staatssecretaris) om medische problemen van asielzoekers en overige vreemdelingen zo vroeg mogelijk in de procedure te betrekken, zodat herhaalde aanvragen kunnen worden voorkomen en procedures uiteindelijk korter duren.

De leden van de SP-fractie betreuren de late toezending van de brief omdat juist de medische check een belangrijk onderdeel vormt van de nieuwe asielprocedure.

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief. Naar aanleiding daarvan hebben deze leden enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met grote belangstelling kennisgenomen van de brief van de staatssecretaris van Justitie waarin de uitwerking van de verbeterde asielprocedure ten aanzien van rechtsbijstand en medische problematiek wordt aangeboden en danken de staatssecretaris daarvoor. Zij hebben nog wel enkele vragen.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief. Zij delen het uitgangspunt van het kabinet dat 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. Deze leden hebben met betrekking tot de voorstellen nog wel een aantal vragen.

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de voorstellen om de medische aspecten in het vreemdelingenbeleid tot zijn recht te laten komen.

Hieronder komen de vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie, de PvdA-fractie, de SP-fractie, de PVV-fractie, de GroenLinks-fractie, de ChristenUnie-fractie en de SGP-fractie aan de orde. Daarbij is zoveel mogelijk de indeling van de brief gevolgd.

## **2. Algemeen**

De leden van de CDA-fractie vragen wat de mogelijke gevolgen zijn van de nadere uitwerking van de regeling van de rechtsbijstand en de medische aspecten voor (de tekst van) het reeds aan de Kamer gestuurde wetsvoorstel tot Wijziging van de Vreemdelingenwet 2000 in verband met het aanpassen van de asielprocedure (Kamerstukken II 2008/09, 31 994, nr. 2).

De leden van de SP-fractie vragen op welke punten door de stuurgroep niet is ingestemd met de voorgestelde maatregelen. De algemene formulering in de brief achten deze leden te vaag.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen nader toe te lichten waarom het huidige beleid, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen langdurig en tijdelijk verblijf op medische gronden, niet voldoet.

## **3. Rechtsbijstand in de verbeterde asielprocedure**

De leden van de PvdA-fractie vinden het een goed streven dat een asielzoeker zoveel mogelijk door één advocaat kan worden bijgestaan. Volgens deze leden zitten hier inderdaad veel voordelen aan. In dat kader kunnen zij instemmen met de maatregel om de asielzoekers tijdens de rust- en voorbereidingstermijn (RVT) naar de advocaat te kunnen laten reizen. Deze leden willen weten hoe dit praktisch vormgegeven gaat worden. Hoe wordt de asielzoeker, die doorgaans onbekend is met Nederland, zodanig begeleid dat hij zonder problemen het adres van zijn advocaat kan bereiken en weer kan terugkeren naar het aanmeldcentrum of de tijdelijke noodvoorziening?

Ook de spreekuurvoorziening voor de rechtsbijstand en de puntennormering van maximaal 12 punten rechtsbijstand beoordelen de leden van de PvdA-fractie in beginsel als positief. Zij willen weten wat het huidige aantal punten is dat wordt toegekend voor rechtsbijstand. Graag ontvangen zij een volledig overzicht van de verkorte procedure, de verlengde procedure, het beroep en het hoger beroep. Zijn er aanpassingen ten aanzien van de huidige puntennormering? Zo ja, wat zijn de redenen voor de verschillen en welke financiële gevolgen hebben die?

De aan het woord zijnde leden willen ook graag weten wat de reactie is op de ongerustheid van VluchtelingenWerk Nederland over de continuïteit van de rechtsbijstand. Is die continuïteit het uitgangspunt en zijn de logistische processen daaraan ondergeschikt? Kan die continuïteit wel gewaarborgd worden als er vertragingen in de RVT of in de algemene asielprocedure optreden?

De leden van de SP-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat een zorgvuldige procedure is gebaat bij het inzetten van één asieladvocaat. Zij vragen in hoeverre dit principe al niet wordt doorbroken met de spreekuurvoorziening. Deze leden vragen naar de mening die de asieladvocaten op dit punt hebben geuit in het overleg. Op welke wijze zal het vervoer naar de advocaat worden geregeld? In vervolg hierop vragen de aan het woord zijnde leden naar de puntennormering van de rechtsbijstandsverlening. Was er overeenstemming met de geraadpleegde asieladvocaten over de normering? Daarnaast vragen deze leden naar de mogelijkheden om van de normering af te wijken indien bijstand door één advocaat niet mogelijk blijkt. Andere advocaten zullen immers het dossier tot zich moeten nemen wat extra tijd vergt. Voornoemde leden willen bena-

drukken dat het bijstaan van asielzoekers werk voor asieladvocaten is die over de nodige kennis van zaken en ervaring beschikken. Zij verwerpen het idee van aanbesteding bij rechtsbijstandverzekeraars van rechtshulp aan asielzoekers.

De leden van de SP-fractie zijn van mening dat zorgvuldigheid aan het begin van de procedure de sleutel is tot een effectieve en menselijke asielprocedure. Snelheid is ook voor de asielzoeker belangrijk, maar naar de mening van deze leden moet zorgvuldigheid voorop staan. Op die manier kan het aantal herhaalde aanvragen worden teruggedrongen.

De leden van de ChristenUnie-fractie zijn zeer te spreken over de uitkomst rond de continuïteit van rechtsbijstand. Zij hebben op dit punt nog een enkele vraag. Om zoveel mogelijk één advocaat in te zetten is besloten om de asielzoeker naar de advocaat toe te laten reizen. Deze leden verzoeken nader toe te lichten op welke wijze de asielzoeker daartoe in de gelegenheid wordt gesteld. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn van mening dat het ontbreken van de faciliteit of de mogelijkheid om te reizen niet in de weg mag staan aan het ontvangen van de noodzakelijke rechtsbijstand. Kan de staatssecretaris duidelijk maken op welke wijze zij waarborgt dat het vervoer naar de advocaat geen voorwaarde wordt voor de noodzakelijke goede rechtsbijstand?

#### **4. Medische problematiek en het vreemdelingenbeleid**

De leden van de CDA-fractie vragen waarom een medisch advies slechts op vrijwillige basis plaats kan hebben en waarom weigering van een medisch advies niet kan worden tegengeworpen. Is het bijvoorbeeld niet denkbaar dat er medische indicaties worden opgemerkt, waarmee vervolgens niets kan worden gedaan omdat de asielzoeker niet wenst mee te werken aan nader onderzoek? In hoeverre doorkruist dit de bedoeling van het in een zo vroeg mogelijk stadium van de asielprocedure kunnen onderkennen van medische problematiek en het beperken van het inbrengen van medische uitzettingsbeletselen en van medische aanvragen en na afloop van de asielprocedure en het in verband daarmee kunnen toepassen van het medisch filter conform de motie-Spekman c.s.? De voornoemde leden merken op dat gesteld wordt dat als de medische problematiek op een later moment tijdens de asielprocedure ontstaat of naar voren komt, aan de vreemdeling kan worden gevraagd om zich met zijn medisch relevante gegevens te melden bij de IND, die dan BMA om een advies kan verzoeken. Wat wordt er gedaan als de vreemdeling dit weigert? In hoeverre kan dan toch worden beschikt over de medische informatie over de betrokken vreemdeling? In hoeverre kan die medische informatie toch worden vastgelegd? Kan het gebrek aan medewerking van de asielzoeker aan het verstrekken van deze medische informatie ertoe leiden dat hij, na afwijzing van het asielverzoek, in de terugkeerfase geen opvang krijgt, conform de motie-Spekman c.s.?

De leden van de PvdA-fractie merken op dat zij zeer hechten aan maatregelen die ervoor zorgen dat procedures sneller ten einde zijn en dat wordt voorkomen dat er steeds nieuwe aanvragen worden ingediend. Voorkomen moet worden dat afgewezen asielzoekers te lang in allerlei procedures en daarmee in Nederland blijven. Mogelijke frustratie door asielzoekers om terugkeer naar het land van herkomst te verhinderen, moet zoveel mogelijk worden voorkomen en aangepakt. Aan de andere kant is het volgens de aan het woord zijnde leden ook net zo goed dat de overheid in bepaalde gevallen een verblijfsvergunning verleent, bijvoorbeeld als het de overheid niet lukt om afgewezen asielzoekers binnen zes of zeven jaar uit te zetten of als er jonge kinderen in het spel zijn. Deze leden vinden dat de onzekerheid van asielzoekers en zeker van kinderen niet te lang mag duren. Daar rust ook een stevige plicht van de overheid op.

Kinderen op zichzelf mogen nimmer een ticket voor verblijf zijn, maar het uitzetten van kinderen die al zes jaren of langer op een Nederlandse school zitten en totaal ingeburgerd zijn, valt wat de leden van de PvdA-fractie betreft niet uit te leggen, als daar ook een (groot) deel verwijtbaarheid van de Nederlandse overheid oorzaak van is.

Voor genoemde leden verwachten en juichen het verder van harte toe dat de maatregelen om medische aspecten sneller aan de orde te laten komen, het aantal vreemdelingen dat zonder recht op opvang op straat belandt, sterk zal laten verminderen.

De leden van de SP-fractie zijn, evenals de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ), voorstander van een standaard medisch onderzoek, waaronder begrepen ook psychische problematiek van iedere asielzoeker. De staatssecretaris spreekt van medisch advies maar naar mening van deze leden gaat aan ieder advies noodzakelijkerwijs ook onderzoek vooraf. Kan de staatssecretaris bevestigen dat de eerste inventarisatie in de tijdelijke noodvoorziening door Menzis/GGZ een andere is dan het medisch advies in het kader van de asielprocedure? Deze leden achten het van belang dat de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), in het kader van de asielprocedure, actief op zoek gaat naar mogelijke medische problematiek, waaronder sporen van marteling en/of mishandeling. Onderschrijft de staatssecretaris dit uitgangspunt? Zal het medisch onderzoek plaatsvinden door gekwalificeerd personeel met het oog op kwaliteit en effectiviteit van de procedure? Door in een vroeg stadium in de procedure hier een beperkte tijd in te investeren kunnen vervolgaanvragen worden voorkomen. Waarom wijst de staatssecretaris om kostenredenen een dergelijk twee of drie uur durend onderzoek af? Is er onderzoek gedaan naar de besparingsmogelijkheden door het voortkomen van herhaalde aanvragen wanneer een dergelijk onderzoek wel wordt uitgevoerd? Zo nee, is de staatssecretaris dan alsnog bereid een dergelijk onderzoek uit laten voeren?

De leden van de GroenLinks-fractie merken op dat de positie van vreemdelingen met medische problemen precair is. Niet zelden gaat het om humanitair kwetsbare personen. Soms zijn medische problemen zelfs de aanleiding geweest om asiel in Nederland te verzoeken. Te denken valt daarbij aan slachtoffers van martelpraktijken. De Commissie Medische Aspecten in het Vreemdelingenrecht (de Commissie Smeets) constateerde volgens deze leden terecht dat medische aspecten een belangrijke rol in het vreemdelingenbeleid moeten spelen. Naast de beleidsmatige aspecten spelen ook praktische aspecten. Voor vreemdelingen, regulier of asielzoekers, is het vaak bijzonder lastig om een zorgverzekering te vinden. In de periode tussen de overkomst naar Nederland met een machtiging tot voorlopig verblijf (mvv) tot de definitieve verlening van een verblijfsvergunning is het praktisch onmogelijk om een zorgverzekering te vinden met vergelijkbare condities als die voor «normale» Nederlanders. Premies zijn doorgaans hoger, de acceptatie is lastiger en zeker voor vreemdelingen die al kampen met medische problemen, denk aan HIV-patiënten, is verzekeraarbaarheid een belangrijk probleem. Daarnaast is het aantal vreemdelingen dat op basis van een medische noodsituatie verblijfsrecht krijgt gering.

De leden van de SGP-fractie vragen waarop de stellige verwachting van de staatssecretaris berust dat de versterkte aandacht voor medische problematiek niet zal leiden tot meer vreemdelingen die op medische gronden verblijf in Nederland krijgen. Is het niet logisch om te veronderstellen dat meer aandacht voor medische problemen ook in enige mate zal leiden tot stijging van verblijfsverlening? Dat het inhoudelijke toetsingskader identiek blijft aan het huidige doet naar mening van deze leden

niets af aan het gegeven dat versterkte medische aandacht binnen dit kader wellicht tot meer erkenning van medische problemen leidt.

#### *4.1 Medisch advies in de rust- en voorbereidingstermijn (RVT)*

De leden van de PvdA-fractie willen weten hoe uitgebreid het medisch advies in de RVT zal zijn. Welke medische aspecten aan de asielzoeker worden in het advies allemaal onderzocht? Gaat het zowel om mentale als fysieke gesteldheid? In de brief staat dat het uitgangspunt is dat het advies geheel wordt afgerond in de RVT. Is dit niet juist een absolute voorwaarde, aangezien één van de twee doelstellingen van het advies betrekking heeft op het horen en de verhoren direct na de RVT plaatsvinden? Verder willen de aan het woord zijnde leden weten of verwacht wordt dat rechtsbijstandverleners asielzoekers zullen aanraden wel mee te werken met het medisch advies in de RVT. Welke verwachting heeft de staatssecretaris ten aanzien van de hoeveelheid asielzoekers die niet meewerkt aan het medisch advies, wellicht omdat zij vrezen dat dit in hun nadeel uitwerkt (minder kans op rekken procedures)? Kan het de asielzoekers later in de (medische) procedure worden tegengeworpen als zij niet zo snel mogelijk hun medische problemen kenbaar hebben gemaakt? Ook willen deze leden duidelijkheid over de inhoud en consequenties van het medisch advies. Wordt het advies ook bij de beoordeling van het asielreelaas betrokken? Zo ja, op welke wijze? Worden in het advies bijvoorbeeld ook fysieke sporen van marteling vermeld? Daarbij willen deze leden benadrukken dat een medisch advies in de RVT alleen aan de kwaliteit van de asielprocedure bijdraagt als die adviezen door gekwalificeerd en geschikte medisch deskundigen wordt gegeven. Hoe waarborgt de staatssecretaris die kwaliteit, de grote verschillen in psychische en lichamelijke kwalen in aanmerking genomen?

De aan het woord zijnde leden maken zich samen met VluchtelingenWerk Nederland en asieladvocaten zorgen over de procedure op het aanmeldcentrum Schiphol (hierna: AC Schiphol). De komende drie jaren geldt voor de groep asielzoekers die op Schiphol aankomen nog geen RVT. Betekent dit dat ook geen medisch advies wordt gegeven aan asielzoekers op AC Schiphol? Zo ja, blijven de desbetreffende asielzoekers langdurig gedetineerd indien medische problemen worden gesignaleerd? Deze leden vinden het uitblijven van medisch advies op AC Schiphol ongewenst en verzoeken de procedure voor asielzoekers die op Schiphol aankomen zoveel mogelijk gelijk te schakelen met de nieuwe aangepaste asielprocedure die voor alle overige asielzoekers gaat gelden. Ziet de staatssecretaris verder mogelijkheden om de groep asielzoekers die op Schiphol asiel aanvraagt te verkleinen? Daarbij in aanmerking genomen dat daarmee ongelijkheid wordt tegengegaan en het onnodig in bewaring plaatsen van asielzoekers wordt voorkomen, gezien het gegeven dat uiteindelijk bijna 90% van de asielzoekers aangekomen op Schiphol uiteindelijk toch toegang wordt verleend. Zou dit verkleinen bijvoorbeeld kunnen door een korte, snelle toets waarbij de kansloze aanvragen van de serieuze aanvragen worden onderscheiden?

De leden van de SP-fractie achten het ontbreken van een RVT op AC Schiphol ongewenst. Gelijke gevallen moeten gelijk worden behandeld en daarom achten de leden het niet acceptabel dat asielzoekers op AC Schiphol in een potentieel nadeliger positie komen te verkeren. Wat gaat de staatssecretaris ondernemen om deze rechtsongelijkheid weg te nemen?

De leden van de PVV-fractie merken op dat het kabinet nadere informatie geeft over het medisch advies in de RVT. De belangrijkste doelstellingen van het genoemde medisch advies in de RVT zijn dat asielzoekers die dat nodig hebben op de weg naar de zorg wordt gewezen en dat aan de IND

advies wordt uitgebracht met betrekking tot gezondheidsklachten die van invloed kunnen zijn op het horen en de interpretatie van het verhoor. Als belangrijke randvoorwaarde wordt hierbij genoemd dat het medisch advies vrijwillig is en slechts kan worden uitgevoerd met de schriftelijke toestemming van de vreemdeling. Een weigering van het medisch advies mag de vreemdeling niet worden tegengeworpen. De aan het woord zijnde leden vragen hoe deze randvoorwaarde zich verhoudt tot de doelstelling van het kabinet om mogelijke medische aspecten die een rol kunnen spelen bij de procedure van een vreemdeling zo snel mogelijk aan de orde te laten komen. Deze leden zijn van mening dat om medische problemen in een zo vroeg mogelijk stadium aan het licht te brengen het wenselijk is dat een medisch onderzoek aan het begin van de procedure plaatsvindt en dat een vreemdeling dit onderzoek niet mag weigeren. Graag vernemen deze leden de reactie van het kabinet hierop.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de brief dat het medisch advies in de RVT niet de enige weg naar medisch noodzakelijke zorg is en het medisch advies in de RVT gepaard moet gaan met voorlichting. Daarbij zal specifiek aandacht worden besteed aan het vreemdelingrechtelijk belang om medische problematiek in een zo vroeg mogelijk stadium naar voren te brengen. Deze leden vragen nader toe te lichten of er na de RVT nog de mogelijkheid bestaat om medisch advies te vragen, indien medische problematiek vermoed wordt die relevant is voor de asielaanvraag.

De leden van de SGP-fractie vragen of zij terecht hebben begrepen dat het medisch advies vooral procedureel van aard is. Uit de doelstellingen om een betere toegang tot zorg te creëren en de knelpunten voor het gehoor beter in kaart te brengen concluderen zij dat niet zozeer van inhoudelijke toetsing sprake is die van belang is voor de besluitvorming. De aan het woord zijnde leden vragen in hoeverre de inschatting reëel is dat, hoewel weigering van medisch advies niet aan de vreemdeling kan worden tegengeworpen, weigering van medisch als contra-indicatie kan gaan werken.

#### *4.2 Medisch steunbewijs/Istanbul Protocol*

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in de algemene asielprocedure wordt omgegaan met onderzoeken die de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International bij asielzoekers verricht. Deze leden vragen of de beschreven wijze waarop in de asielprocedure met medische aspecten wordt omgegaan voldoet aan de bepalingen van de Europese regelgeving. Wordt gevolg gegeven aan het ACVZ-advies om het Istanbul Protocol in de Nederlandse asielprocedure te implementeren of wordt de uitkomst van de onderhandelingen over de nieuwe Procedurerichtlijn afgewacht? Wat is het Nederlandse standpunt inzake het (in de Procedurerichtlijn/asielprocedure opnemen van het) Istanbul Protocol?

De leden van de PvdA-fractie zijn het ermee eens dat door de asielzoeker ingebracht steunbewijs meegenomen wordt in de weging van het totale feitencomplex. Dit biedt de asielzoeker bewijsmogelijkheden en kan een bijdrage leveren aan het compleet krijgen van het feitencomplex. De aan het woord zijnde leden delen de mening dat in de RVT geen uitgebreid urenlang medisch onderzoek kan worden verricht en er in dat stadium nog niets geconcludeerd kan worden over de oorzaken van bepaalde medische problematiek. De staatssecretaris geeft aan nu te voldoen aan het Istanbul Protocol. Voldoet zij nu ook aan artikel 4 van de Definitierichtlijn, nu de asielzoeker zonder steun van de overheid medisch steunbewijs moet verzamelen ten behoeve van zijn asielrelaas? Is de staatssecretaris van mening dat indien de MOG van Amnesty Internati-



onal voornemens is om medisch onderzoek te verrichten, een asielaanvraag dan in de verlengde asielpcedure moet worden afgehandeld?

De leden van de SP-fractie vragen waarom er geen inventarisatie van medisch steunbewijs wordt gemaakt zodat daar bij het gehoor rekening mee kan worden gehouden? De aan het woord zijnde leden achten de uitleg over het voldoen aan artikel 4, eerste lid, van de Definitierichtlijn onvoldoende en vragen om een nadere toelichting. Deze leden pleiten er nogmaals nadrukkelijk voor om in het begin van de nieuwe procedure de tijd te nemen die noodzakelijk is om middels zorgvuldige onderzoeken verder in de procedure aanvullende onderzoeken en tijdrovende herhaalde aanvragen te voorkomen.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de staatssecretaris van Justitie aankondigt de Vreemdelingencirculaire 2000 te wijzigen, hetgeen betekent dat ingebracht steunbewijs (zoals rapportages van de MOG) wordt meegenomen in de weging van het gehele feitencomplex. Wat betekent deze beleidswijziging voor het meewegen van steunbewijs dat ter ondersteuning van een herhaalde asielaanvraag wordt ingebracht? Ook vragen deze leden hoe de staatssecretaris haar onderzoeksplicht beziet in het licht van de voorgestelde wijzigingen van de Procedurerichtlijn door de Europese commissie met betrekking tot medische rapportages (voorstel artikel 17 procedurerichtlijn)?

De aan het woord zijnde leden hebben al jarenlang bezwaar tegen de toets van het Bureau Medische Advisering (BMA). Niet de praktische toegankelijkheid tot medische voorzieningen in het herkomstland wordt vastgesteld, maar de theoretische vraag of het herkomstland in beginsel zou kunnen voorzien in de medische zorg die een vreemdeling van node heeft. De inbedding van de medische check in de asielpcedure is een belangrijke verworvenheid. Desalniettemin komt het voornoemde leden voor dat deze check tamelijk marginaal dreigt uit te pakken. Naar het oordeel van deze leden heeft de staatssecretaris een alomvattende eigen onderzoeksplicht naar de vraag of en zo ja hoe medische aspecten een rol spelen in een verblijfszaak. Dat betekent dus dat het medisch steunbewijs onderdeel moet uitmaken van het medisch advies in de RVT. Letsel zoals littekens moet in het medisch advies worden gedocumenteerd. In de gehele procedure moet het mogelijk zijn dat asielzoekers onafhankelijk medisch onderzoek laten uitvoeren ten behoeve van de asielpcedure. Praktisch komt het deze leden voor dat dit soort procedures slechts in de verlengde procedure kunnen worden afgedaan.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aan de staatssecretaris wat zij vindt van het voorstel van Amnesty International om uit oogpunt van zorgvuldigheid, in lijn met het advies van de ACVZ, te regelen dat indien een beslismedewerker van de IND voornemens is af te wijken van een advies of rapportage van een medisch deskundige, de zaak voor te leggen aan een senior beslismedewerker van de IND. Deze zou dan contact op moeten nemen met de opsteller van het rapport om deze in kennis te stellen van het voornemen tot afwijken van de conclusies in het rapport. Indien de IND nadien besluit af te wijken van de conclusies van de medisch deskundige, dient dit uitdrukkelijk in de beschikking te worden gemotiveerd.

Voornoemde leden verzoeken om een nadere toelichting op de stelling dat het feit dat de toegevoegde waarde van dit soort onderzoek voor het nemen van beslissingen zeer beperkt is, omdat 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. Deze leden vragen daarbij in ieder geval of de staatssecretaris het uitgangspunt deelt dat medische



onderzoeken kunnen bijdragen aan het aannemelijk maken van asielre-lazen. Is de staatssecretaris het met deze leden eens dat in ieder geval bij het onderzoek aangetroffen fysieke sporen van marteling vermeld zouden moeten worden in het rapport van Medisch Advies? Of betekent de stelling van de staatssecretaris dat de asielzoeker geheel zonder ondersteuning van de overheid medisch steunbewijs moet verzamelen? Zo ja, hoe verhoudt zich dit dan tot artikel 4 van de Definitierichtlijn en de voorgestelde amendementen van de Commissie op de Procedurerichtlijn, waaruit blijkt dat de lidstaten een grote verantwoordelijkheid hebben met betrekking tot het identificeren en documenteren van signalen van marteling en andere vormen van geweld?

*Vrouwelijke genitale verminking (VGV) en het medische advies in de RVT*  
De leden van de PvdA-fractie willen graag weten welk gevolg het voor de asielzoeker heeft als zij niet meewerkt aan een onderzoek naar vrouwelijke genitale verminking (VGV) en aan de vaststelling dat bij haar nog geen VGV heeft plaatsgevonden?

De leden van de SP-fractie verwelkomen de extra aandacht die aan genitale verminking wordt gegeven in het kader van de asielprocedure. Genitale verminking moet met kracht worden bestreden en (potentiële) slachtoffers verdienen bescherming.

#### *4.3 Medische aspecten parallel aan de asielprocedure*

De leden van de CDA-fractie vragen of de parallelle medische procedure slechts ambtshalve kan worden gestart of dat de asielzoeker ook zelf een aanvraag kan indienen.

De leden van de PvdA-fractie beoordelen de mogelijkheid van een parallelle medische procedure naast de asielprocedure als zeer positief. Naar hun mening zal dit de totale lengte van procedures kunnen bekorten, zal de groep ex-asielzoekers met medische problemen die een beroep doen op de opvang sterk afnemen en kan het de terugkeer vergemakkelijken. Deze leden willen weten welke effecten de staatssecretaris getalsmatig verwacht van deze maatregel. Tot hoeveel minder medische aanvragen na afloop van de asielprocedure kan dit leiden? De aan het woord zijnde leden hebben wel hun twijfels op welke momenten in de asielprocedure, anders dan in de RVT, medische problemen door de IND worden gesignaleerd. De staatssecretaris geeft aan dat bij afwijzing van het asielverzoek al naar medische aspecten moet zijn gekeken, maar wat houdt dit precies in? Op welke momenten in de procedure gebeurt dit? Wie neemt daarvoor het initiatief? Vindt de staatssecretaris dat de IND actief op zoek moet gaan naar medische aspecten om te voorkomen dat die toch pas helemaal aan het einde van de asielprocedure bekend worden? In welke gevallen/situaties benadert de IND het BMA met het verzoek om de behandelend arts te benaderen? Deze leden vinden het positief dat als in de beroepsfase sprake is van medische problematiek, deze middels een spoedadvies nog kan worden meegenomen. De vraag blijft hoe de IND dit kan signaleren. Kunnen daar afspraken over gemaakt worden met het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)? Is de staatssecretaris het met deze leden eens dat de IND, om de parallelle procedure te kunnen starten, afhankelijk blijft van de asielzoeker? Als die geen signalen afgeeft, niet meewerkt en dergelijke, kan niet worden voorkomen dat alsnog pas na afloop van de asielprocedure aan de medische procedure kan worden begonnen. Wat kan de staatssecretaris nog meer doen om dit zoveel mogelijk te voorkomen? Verschilt een spoedadvies van een regulier medisch advies? In de brief staat dat de asielzoekers worden gewezen op het belang van het vroegtijdig melden van medische problemen, om te voorkomen dat zij na de asielbeslissing ziek op straat terechtkomen. Deze

leden wijzen erop dat deze «dreiging» vanaf 1 januari 2010 niet meer opgaat als gevolg van de uitvoering van de motie-Spekman c.s., die juist opvang regelt voor zieke ex-asielzoekers.

De leden van de SP-fractie merken op dat de beschreven parallelle procedure veel onduidelijk laat. Met name de afstemming met de medische beroepsgroep wordt inhoudelijk niet duidelijk. Deze leden vragen om een nadere uitleg op dit punt voor wat betreft de uitwerking in de praktijk.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat als er pas van medische problematiek blijkt na het medisch advies in de RVT en gedurende de asielpcedure, er zal worden getracht dit middels een spoedadvies nog mee te nemen in de meeromvattende beschikking. Deze leden verzoeken nader toe te lichten wat wordt verstaan onder een spoedadvies en op welke wijze de zorgvuldigheid bij de totstandkoming van een spoedadvies gewaarborgd is.

#### *4.4 Het (reguliere) medische toelatingskader*

De leden van de CDA-fractie merken op dat gesteld wordt dat artikel 64 Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000) rechtmatig verblijf en recht op opvang geeft, maar geen verblijfsvergunning. Deze leden vragen voor wiens rekening de kosten voor medische behandeling komen.

De aan het woord zijnde leden lezen dat gesteld wordt dat enerzijds er vooralsnog geen aanleiding is om in zijn algemeenheid af te stappen van de lijn dat beschikbaarheid van de behandeling maatgevend is voor de besluitvorming. Anderzijds wordt gesteld dat, mede naar aanleiding van recente jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden, op dit moment wordt onderzocht of het beleid aangepast dient te worden. Kan worden aangegeven in welke richting deze jurisprudentie gaat? Wanneer zal naar verwachting de Kamer op de hoogte worden gesteld van de resultaten van dit onderzoek?

Voornoemde leden vragen of het klopt dat BMA-artsen met enige regelmaat door het medisch tuchtcollege op de vingers worden getikt vanwege onzorgvuldigheden in de medische advisering of het doen van uitlatingen op niet-medisch gebied.

Deze leden lezen verder dat de Commissie Klazinga heeft geadviseerd om de beoordeling of behandelmogelijkheden beschikbaar zijn in het land van herkomst niet bij artsen onder te brengen. Welke oplossing staat de Commissie Klazinga voor ogen? In afwijking van de Commissie Klazinga wordt gesteld dat 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 medische expertise vereist is. Langs welke wegen vergewissen Nederlandse medici zich ervan dat daadwerkelijke behandelmogelijkheden en medicijnen in het land van herkomst aanwezig zijn?

De leden van de PvdA-fractie kunnen zich grotendeels vinden in de maatregelen met betrekking tot het medisch toelatingskader, zoals die in de brief staan. Klopt het dat aan uitgeprocedeerde asielzoekers die tijdens de asielpcedure hun medische problemen kenbaar maken (en ten aanzien van wie de parallelle procedure is gestart) opvang wordt verleend, in afwachting van de beslissing op die medische aanvraag? Welk moment tijdens de asielpcedure is dan het uiterste moment waarop de asielzoeker die medische problemen kenbaar moet maken, om de opvang na afloop van de asielpcedure te behouden?

Ten aanzien van de beschikbaarheid/feitelijke toegankelijkheid vernemen deze leden graag op welke wijze het beleid dient te worden aangepast naar aanleiding van de jurisprudentie van de Raad van State. Vindt de

staatssecretaris dat sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden neerkomen op een voorwaarde voor feitelijke toegankelijkheid?

De aan het woord zijnde leden vinden het jammer dat de conclusie van de commissie Klazinga ten aanzien van wie beoordeelt of behandelmogelijkheden beschikbaar zijn in het land van herkomst, niet overneemt. Deze leden vragen welke aanvullende medische expertise precies vereist is bij die beoordeling, naast die van de behandelend arts? Worden artsen van het BMA (tuchtrechtelijk) niet in een lastige positie gebracht doordat zij deze beoordeling moeten maken?

De leden van de SP-fractie merken op dat de reguliere medische procedure drastisch wordt gewijzigd. Waarom wordt er gekozen voor afschaffing van de verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie? Deelt de staatssecretaris dat verblijf op grond van artikel 64 Vw 2000 wezenlijk anders is? Wat gaat er gebeuren met chronisch zieken die na verloop van één jaar nog medische behandeling behoeven? Welke procedure zal dan worden gevolgd en op welke grond zal dan mogelijk verblijf worden gegeven? Deze leden blijven onverminderd van mening dat de toegankelijkheid van de zorg in het land van herkomst een rol moet spelen bij de beoordeling van een aanvraag. De mate waarin zorg beschikbaar is kan niet worden genegeerd omdat daaruit al een indicatie kan blijken of de zorg voor het individuele geval toegankelijk is. Niet alleen de beschikbaarheid, maar vooral ook de objectief vast te stellen mate van beschikbaarheid moet naar mening van deze leden een rol spelen bij de beoordeling. Deelt de staatssecretaris deze mening?

De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de staatssecretaris voornemens is om vreemdelingen aan wie op grond van artikel 64 Vw 2000 uitstel van vertrek is verleend en die na een jaar nog steeds aan de voorwaarden voldoen als genoemd in dat artikel, in aanmerking te laten komen voor een verblijfsvergunning regulier op medische gronden. Hierbij zullen niet alle voorwaarden voor regulier verblijf worden tegengeworpen, zoals bijvoorbeeld het mvv-vereiste. Deze leden zijn de mening toegedaan dat de hier genoemde termijn van één jaar te kort is. Waarom wordt al op een zo korte termijn overgegaan tot het verlenen van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden?

De aan het woord zijnde leden vragen om nader te motiveren waarom uitgeprocedeerde asielzoekers die een beroep doen op toelating tot Nederland op medische gronden, maar die hebben nagelaten deze gronden al tijdens het medisch advies of anderszins in te brengen, niet kunnen worden uitgesloten van het indienen van vervolgaanvragen. Op deze wijze kunnen vreemdelingen, ondanks de aangekondigde maatregelen, immers doorgaan met het zogenaamde procedurestapelen.

De leden van de GroenLinks-fractie verbazen zich erover dat het lijkt dat medische aspecten eerder leiden tot een artikel 64 status dan tot een verblijfsvergunning. Deze leden vragen of het wenselijk is om zieke vreemdelingen een uitgeklede, tijdelijke status toe te kennen met het oog op non-uitzetbaarheid. Ligt het niet veel meer in de rede om niet op basis van artikel 64 Vw 2000 verblijf toe te staan, maar gewoon op basis van een verblijfsvergunning? Dat zou de gemoedsrust en het welbevinden van zieke vreemdelingen, denk aan AIDS-patiënten, ten goede komen.

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben een aantal vragen over de positie van vreemdelingen van wie op voorhand duidelijk is dat zij langer dan een jaar behandeld moeten worden. Bijvoorbeeld patiënten met chronische, levenslange medische problemen zoals HIV/Aids, nierinsufficiënte, dialyseafhankelijkheid, hypertensie met orgaanschade, ernstige psychische klachten en kanker. Voor deze groep lijkt de vereenvoudiging te leiden tot ingrijpende verslechtering, nu eerst op basis van artikel 64 Vw

2000 een uitstel van vertrek zal worden verleend. Gedurende dit jaar worden zij gehuisvest in de centrale opvang en ontvangen zij een toelage op grond van de regeling verstrekkingen asielzoekers, daar waar een verblijfsvergunning recht geeft op normale voorzieningen. Daarna volgt alsnog een beoordeling die materieel niet lijkt te wijzigen. Deze leden verzoeken nader toe te lichten waarom voor deze groep vreemdelingen deze verslechtering gerechtvaardigd is. Zij verzoeken daarbij tevens in te gaan op de volgende vragen. Hoeveel vreemdelingen hebben de afgelopen vijf jaren een verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie gekregen? Is de staatssecretaris voornemens na een jaar dezelfde beoordeling te laten plaatsvinden die nu na de aanvraag plaatsvindt, of zal er sprake zijn van een vereenvoudigd toetsingskader? Leidt het introduceren van twee toetsmomenten niet tot extra lasten voor de IND en het BMA, nu zij bij een eerste aanvraag moeten adviseren over het verlenen van een artikel 64 status en een jaar later alsnog beslist moet worden over de vraag of aan een vreemdeling wel of geen verblijfsvergunning op grond van medische redenen moet worden verstrekt?

Met betrekking tot de informatie over de behandelmogelijkheden in het land van herkomst, vragen de aan het woord zijnde leden of de staatssecretaris bereid is om de beschikbare landeninformatie te vergelijken met de informatie van internationaal erkende bronnen, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) of het programma van de Verenigde Naties tegen AIDS (UNAIDS).

De aan het woord zijnde leden merken op dat de staatssecretaris stelt dat mede naar aanleiding van recente jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden op dit moment wordt onderzocht of het beleid aangepast dient te worden. Wanneer kan de Kamer de resultaten van dit onderzoek verwachten? Op welke wijze wordt gewaarborgd dat in de tussentijd niet strijdig met de recente jurisprudentie wordt gehandeld?

## **5. Commentaren derden**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van enkele commentaren die over de brief aan de Kamer zijn gestuurd. Daarin wordt onder meer gesteld dat de wijziging van het (reguliere) medische toelatingskader en de vervanging van de verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie door een (uitstel van vertrek-)status op grond van artikel 64 Vw 2000 een ingrijpende verslechtering betekent gedurende het eerste jaar voor vreemdelingen waarvan op voorhand duidelijk zou zijn dat zij langer dan een jaar moeten worden behandeld (bijvoorbeeld patiënten met HIV/AIDS, nierinsufficiëntie, e.d.). Dit «verblijfstechisch niemandsland» zou ertoe leiden dat de druk op ziekenhuizen en gemeenten toeneemt omdat die zouden worden geconfronteerd bijvoorbeeld met ernstig zieke illegale vreemdelingen. Verder zou niet duidelijk zijn welke voorwaarden (deugdelijke financiering) worden gesteld indien na een jaar een verblijfsvergunning wordt verstrekt. Evenmin zou duidelijk zijn of een dergelijke medische verblijfsvergunning ambtshalve of op aanvraag kan worden verstrekt en of die vergunning op enig moment kan worden ongezet in een verblijfsvergunning voor «voortgezet verblijf».

Ook wordt gesteld dat de informatie over behandelmogelijkheden in de landen van herkomst onvolledig en onzorgvuldig is en dat de bronnen van landeninformatie oncontroleerbaar en onbetrouwbaar zijn en dat de ACVZ en de Commissie Klazinga in verband daarmee hebben geadviseerd die informatie af te zetten tegen informatie uit internationaal erkende bronnen zoals de WHO en UNAIDS. Deze leden vragen of deze kritiekpunten aan de orde zijn geweest in de in de brief genoemde stuurgroep. Zij zien graag een reactie op deze kritiekpunten tegemoet. Zij vragen ook of van de in de brief genoemde «medische» organisaties die in de stuurgroep hebben

geparticipeerd er ook waren die overwegend konden instemmen met de in de brief geschetste maatregelen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de staatssecretaris de mening van VluchtelingenWerk Nederland deelt dat, in aanmerking genomen dat vreemdelingen die op basis van artikel 64 Vw 2000 in Nederland verblijven afhankelijk zijn van een toelage op basis van de Regeling verstrekkingen asielzoekers (Rva-toelage), het niet opportuun is om leges te heffen voor behandeling van een aanvraag voor een verblijfsvergunning op medische gronden. Verder vragen deze leden of de houder van een verblijfsvergunning regulier op medische gronden (niet zijnde een vergunning voor medische behandeling) op termijn in aanmerking komt voor een verblijfsvergunning op grond van voortgezet verblijf. Zo ja, onder welke voorwaarden? Zo nee, waarom niet? Verder zijn deze leden met VluchtelingenWerk Nederland en de Stichting LOS bezorgd over de opvang van ernstig zieke mensen die uitstel van vertrek is verleend. Zij kunnen als gevolg van het nieuwe beleid langdurig in de centrale opvang terecht komen. Vindt de staatssecretaris dit een wenselijke situatie? Zijn hier alternatieven voor beschikbaar, mede de kosten van de centrale opvang in aanmerking genomen?

## **6. Ten slotte**

De leden van de PvdA-fractie willen weten wanneer de maatregelen in de brief ingaan? Worden sommige maatregelen in de praktijk al uitgevoerd?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het klopt dat enkele dilemma's onopgelost blijven. Zij denken daarbij aan de gekunstelde en onmogelijke tegenstelling tussen beschikbaarheid in medisch-technische zin en beschikbaarheid-toegankelijkheid voor de individuele patiënt? Maar ook aan de kwestie dat BMA toetst aan de hand van onvolledige, onzorgvuldige, innerlijk tegenstrijdige en variërende informatie over de beschikbaarheid van medische zorg in het herkomstland en het uitblijven van een vergelijking daarvan met informatie van internationaal erkende bronnen. Ten slotte wijzen zij op het dilemma van ernstig zieke illegalen in de Nederlandse samenleving die niet kunnen terugkeren, maar ook niet in aanmerking komen voor opvang en gefinancierde medische zorg, waardoor medische zorgverleners moeten afwegen of het gaat om medisch noodzakelijke zorg.

## **II. REACTIE VAN DE STAATSSECRETARIS**

### **Algemeen**

*De leden van de CDA-fractie vragen wat de mogelijke gevolgen zijn van de nadere uitwerking van de regeling van de rechtsbijstand en de medische aspecten voor (de tekst van) het reeds aan de Kamer gestuurde wetsvoorstel tot Wijziging van de Vreemdelingenwet 2000 in verband met het aanpassen van de asielprocedure (Kamerstukken II 2008/09, 31 994, nr. 2).*

Dit heeft geen gevolgen voor het wetsvoorstel. Dat in de rust- en voorbereidingstermijn een medisch onderzoek wordt aangeboden, zal worden opgenomen in het Vreemdelingenbesluit 2000 (Vb 2000). De met het genoemde wetsvoorstel samenhangende conceptwijziging, inclusief dit punt, van het Vb 2000, is onlangs ter informatie aan uw Kamer verzonden. De nadere uitwerking van de regeling van de rechtsbijstand en de medische aspecten in de asielprocedure, zal worden opgenomen in de Vreemdelingencirculaire 2000.

*De leden van de SP-fractie vragen op welke punten door de stuurgroep niet is ingestemd met de voorgestelde maatregelen. De algemene formulering in de brief achten deze leden te vaag.*

In de stuurgroep is met name gesproken over de vormgeving en inrichting van het medisch advies. Op hoofdlijnen was daar overeenstemming over. Bij de verdere ontwikkeling van het medisch advies in de aanloop naar de implementatie van de verbeterde asielprocedure zijn de relevante organisaties ook betrokken. De brief van 7 oktober jl. beslaat ook nog een heel aantal andere onderwerpen op het raakvlak van medische problematiek en het vreemdelingenbeleid. Sommige van deze onderwerpen zijn, direct of indirect, aan de orde geweest in de stuurgroep en sommige organisaties zijn, waar relevant, geconsulteerd. Alles gehoord hebbende is het echter mijn verantwoordelijkheid om beslissingen te nemen omtrent het vreemdelingenbeleid. Deze beslissingen, zoals neergelegd in de brief, zijn niet ter instemming voorgelegd aan de genoemde stuurgroep, ik kan u dan ook niet specifiek zeggen met welke maatregel welke organisatie instemt. Het zou overigens ook niet passend zijn als ik dat namens deze organisaties zou doen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen nader toe te lichten waarom het huidige beleid, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen langdurig en tijdelijk verblijf op medische gronden, niet voldoet.*

Het uitgangspunt van de vergunning «medische nood» is ook nu al dat het verblijf tijdelijk van aard is. Echter, het verlenen van een verblijfsvergunning past minder goed bij dit uitgangspunt. Uitstel van vertrek doet meer recht aan de tijdelijkheid van dit verblijf. Bovendien leert de ervaring dat na een jaar rechtmatig verblijf op grond van medische problematiek, een deel van de vreemdelingen weer terug kan naar hun land van herkomst omdat inmiddels geen medische behandeling meer nodig is, behandelmogelijkheden in het land van herkomst beschikbaar zijn gekomen, of dat de reisvoorwaarden gerealiseerd kunnen worden.

### **Rechtsbijstand in de verbeterde asielprocedure**

*De leden van de PvdA-fractie vinden het een goed streven dat een asielzoeker zoveel mogelijk door één advocaat kan worden bijgestaan. Volgens deze leden zitten hier inderdaad veel voordelen aan. In dat kader kunnen zij instemmen met de maatregel om de asielzoekers tijdens de rust- en voorbereidingstermijn (RVT) naar de advocaat te kunnen laten reizen. Deze leden willen weten hoe dit praktisch vormgegeven gaat worden. Hoe wordt de asielzoeker, die doorgaans onbekend is met Nederland, zodanig begeleid dat hij zonder problemen het adres van zijn advocaat kan bereiken en weer kan terugkeren naar het aanmeldcentrum of de tijdelijke noodvoorziening?*

*Ook de spreekuurvoorziening voor de rechtsbijstand en de puntennormering van maximaal 12 punten rechtsbijstand beoordelen de leden van de PvdA-fractie in beginsel als positief. Zij willen weten wat het huidige aantal punten is dat wordt toegekend voor rechtsbijstand. Graag ontvangen zij een volledig overzicht van de verkorte procedure, de verlengde procedure, het beroep en het hoger beroep. Zijn er aanpassingen ten aanzien van de huidige puntennormering? Zo ja, wat zijn de redenen voor de verschillen en welke financiële gevolgen hebben die?* De aan het woord zijnde leden willen ook graag weten wat de reactie is op de ongerustheid van VluchtelingenWerk Nederland over de continuïteit van de rechtsbijstand. Is die continuïteit het uitgangspunt en zijn de logistieke processen daaraan ondergeschikt? Kan die continuïteit wel gewaarborgd worden als er vertragingen in de RVT of in de algemene asielprocedure optreden?



De vragen van de PvdA-fractie worden als volgt beantwoord. Het is niet vreemd te veronderstellen dat de asielzoeker die over een lange afstand en vaak onder moeilijke omstandigheden naar Nederland is gereisd, in staat is per openbaar vervoer naar zijn of haar advocaat te reizen. Asielzoekers die tijdens de rust- en voorbereidingstermijn naar hun advocaat reizen, zullen daartoe in de opvanglocatie waar zij verblijven in het bezit worden gesteld van de benodigde openbaar vervoersbewijzen. Zij zullen uiteraard een routebeschrijving meekrijgen om het vinden van het kantoor van de advocaat zoveel mogelijk te vergemakkelijken.

De normtijd per AC-dossier is vijf uur. Als een aanvraag in de AC-procedure wordt afgewezen, dan kan er voor het beroep en het hoger beroep op aanvraag een toevoeging worden verleend van respectievelijk acht en vijf punten.

Wanneer een asielaanvraag niet in de AC-procedure kan worden behandeld en er tijdens de AC-procedure nog geen voornemen is uitgebracht, dan kan er voor de voornemenprocedure, het beroep en het hoger beroep een toevoeging worden verleend van respectievelijk zeven, acht en vijf punten.

Voor wat betreft de puntennormering in de nieuwe situatie heb ik besloten het advies van de Projectgroep Urennormering rechtsbijstand volledig over te nemen. In de nieuwe situatie gaat voor de rechtsbijstandverlening gedurende de gehele algemene asielprocedure inclusief de rust- en voorbereidingstermijn een maximale vergoeding van twaalf punten gelden. Deze normering is vastgesteld op basis van de huidige normeringen en rekening houdend met de nieuwe situatie waarin de asielzoeker al voorafgaand aan het indienen van een asielaanvraag op de procedure wordt voorbereid.

Omdat niet alle asielaanvragen in de nieuwe situatie in de algemene asielprocedure zullen worden behandeld, en omdat advocaten voor asielaanvragen die in de algemene asielprocedure worden ingewilligd niet het maximaal aantal punten vergoed krijgen vanwege het ontbreken van een voornemenprocedure, zal de vergoeding in de algemene asielprocedure naar verwachting gemiddeld acht punten bedragen.

Door het inrichten van een zorgvuldigere procedure met meer uren voor de rechtsbijstand, worden de kosten hoger en deze zijn in de begroting meegenomen. Echter door de modulaire opzet van de financiering en een inkrimping van de spreekuurvoorziening wordt een besparing bereikt op de begroting.

Uitgangspunt is een snelle én zorgvuldige asielprocedure. Zoals ik heb aangegeven ben ik van mening dat de continuïteit van de rechtsbijstand een belangrijke bijdrage kan leveren aan de zorgvuldigheid van de asielprocedure. Om die reden heb ik, in overleg met de advocatuur, getracht om een manier te vinden om deze continuïteit in de nieuwe situatie zoveel mogelijk te kunnen waarborgen. Dat laat onverlet dat er zich, ondanks de voorgestelde maatregelen, situaties kunnen voordoen waarin het vanwege logistieke redenen niet mogelijk zal zijn om een asielzoeker gedurende de gehele asielprocedure door één rechtsbijstandverlener te laten bijstaan. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer er aanleiding bestaat om de algemene asielprocedure met een of meerdere dagen te verlengen. Ook dan blijft het streven er op gericht om zo min mogelijk verschillende rechtsbijstandverleners per asielzoeker te hebben, maar er zal dan niet in alle gevallen volledige continuïteit kunnen worden geboden.

*De leden van de SP-fractie onderschrijven het uitgangspunt dat een zorgvuldige procedure is gebaat bij het inzetten van één asieladvocaat. Zij vragen in hoeverre dit principe al niet wordt doorbroken met de spreek-*

*uurvoorziening. Deze leden vragen naar de mening die de asieladvocaten op dit punt hebben geuit in het overleg. Op welke wijze zal het vervoer naar de advocaat worden geregeld? In vervolg hierop vragen de aan het woord zijnde leden naar de puntennormering van de rechtsbijstandsverlening. Was er overeenstemming met de geraadpleegde asieladvocaten over de normering? Daarnaast vragen deze leden naar de mogelijkheden om van de normering af te wijken indien bijstand door één advocaat niet mogelijk blijkt. Andere advocaten zullen immers het dossier tot zich moeten nemen wat extra tijd vergt. Voornoemde leden willen benadrukken dat het bijstaan van asielzoekers werk voor asieladvocaten is die over de nodige kennis van zaken en ervaring beschikken. Zij verwerpen het idee van aanbesteding bij rechtsbijstandverzekeraars van rechtshulp aan asielzoekers.*

*De leden van de SP-fractie zijn van mening dat zorgvuldigheid aan het begin van de procedure de sleutel is tot een effectieve en menselijke asielprocedure. Snelheid is ook voor de asielzoeker belangrijk, maar naar de mening van deze leden moet zorgvuldigheid voorop staan. Op die manier kan het aantal herhaalde aanvragen worden teruggedrongen.*

Deze vragen van de SP-fractie worden als volgt beantwoord. Zoals ik in mijn brief van 7 oktober 2009 aan uw Kamer heb aangegeven moet de rechtsbijstandverlener die dienst doet tijdens de spreekuurvoorziening, worden gezien als de «verlengde arm» van de advocaat van betrokkene. De spreekuurvoorziening zal om die reden slechts worden ingezet voor activiteiten die ofwel (deels) een herhaling vormen van eerdere processtappen of voor activiteiten waarbij het contact tussen de asielzoeker en een rechtsbijstandverlener met name een voorlichtende functie heeft. Daarbij wordt gedacht aan de situatie waarin een rechtsbijstandverlener de asielzoeker op het nader gehoor voorbereidt, terwijl deze voorbereiding door de eigen advocaat al zoveel mogelijk tijdens de rust- en voorbereidingstermijn heeft plaatsgevonden. Ook wordt gedacht aan de situatie waarin de advocaat van de asielzoeker (in zijn eigen kantoor) aan een zienswijze op het voornemen werkt, terwijl een rechtsbijstandverlener de asielzoeker hierover inlicht.

Overigens is de spreekuurvoorziening geen verplichte voorziening, maar een hulpmiddel dat kan worden gebruikt in die gevallen waarin advocaten onvoldoende tijd en ruimte hebben om binnen een relatief kort tijdsbestek meerdere malen naar het aanmeldcentrum te reizen. Advocaten kunnen er uiteraard voor kiezen om hier geen gebruik van te maken en zelf naar het aanmeldcentrum reizen om hun cliënt bij te staan als zij van mening zijn dat dit, vanuit het oogpunt van continuïteit, van belang is voor hun cliënt.

De advocaten die betrokken zijn geweest bij de uitwerking van het beginsel van continuïteit van de rechtsbijstand, hebben zich positief uitgelaten over de mogelijkheid van een spreekuurvoorziening. De reden hiervoor is dat de spreekuurvoorziening de individuele advocaat meer ruimte biedt in de agenda. Zo wordt het mogelijk dat de advocaat zonder dat hij daarvoor naar het aanmeldcentrum hoeft af te reizen, vanuit zijn eigen kantoor werkzaamheden verricht ten behoeve van zijn cliënt en daarna ook nog tijd overhoudt voor andere activiteiten. Zoals gezegd kunnen individuele advocaten er echter altijd voor kiezen om geen gebruik te maken van de spreekuurvoorziening.

Asielzoekers die tijdens de rust- en voorbereidingstermijn naar hun advocaat reizen, zullen daartoe in de opvanglocatie waar zij verblijven in het bezit worden gesteld van de benodigde openbaar vervoersbewijzen. Zij zullen uiteraard een routebeschrijving meekrijgen om het vinden van het kantoor van de advocaat zoveel mogelijk te vergemakkelijken.

Voor wat betreft de puntennormering in de nieuwe situatie heb ik besloten het advies van de Projectgroep Urennormering rechtsbijstand volledig over te nemen. In deze projectgroep was de asieladvocatuur vertegenwoordigd door drie individuele advocaten. Verder werd de projectgroep geleid door een voormalig landelijk deken van de Orde van Advocaten.

Indien een advocaat gebruik maakt van de spreekuurvoorziening en zich voor een bepaalde activiteit in de procedure laat vervangen door een collega, dan zullen de werkzaamheden van de collega door middel van een toevoeging worden vergoed. Daarbij wordt uitgegaan van het aantal punten die aan die specifieke processtap zijn toegekend. Er wordt overigens geen dubbele betaling voorzien. Er is geen sprake van dat asielrechtsbijstand wordt aanbesteed bij een rechtsbijstandverzekeraar.

*De leden van de ChristenUnie-fractie zijn zeer te spreken over de uitkomst rond de continuïteit van rechtsbijstand. Zij hebben op dit punt nog een enkele vraag. Om zoveel mogelijk één advocaat in te zetten is besloten om de asielzoeker naar de advocaat toe te laten reizen. Deze leden verzoeken nader toe te lichten op welke wijze de asielzoeker daartoe in de gelegenheid wordt gesteld. De leden van de ChristenUnie-fractie zijn van mening dat het ontbreken van de faciliteit of de mogelijkheid om te reizen niet in de weg mag staan aan het ontvangen van de noodzakelijke rechtsbijstand. Kan de staatssecretaris duidelijk maken op welke wijze zij waarborgt dat het vervoer naar de advocaat geen voorwaarde wordt voor de noodzakelijke goede rechtsbijstand?*

Asielzoekers die tijdens de rust- en voorbereidingstermijn naar hun advocaat reizen, zullen daartoe in de opvanglocatie waar zij verblijven in het bezit worden gesteld van de benodigde openbaar-vervoersbewijzen. Zij zullen uiteraard een routebeschrijving meekrijgen om het vinden van het kantoor van de advocaat zoveel mogelijk te vergemakkelijken.

Tijdens de gesprekken met de advocatuur is naar voren gekomen dat asielzoekers ook in de huidige situatie, namelijk tijdens de OC-fase, zelfstandig naar hun advocaat reizen zonder dat dit problemen oplevert. Ik verwacht dan ook niet dat dit anders zal zijn wanneer asielzoekers tijdens de rust- en voorbereidingstermijn naar hun advocaat gaan reizen.

Wanneer er sprake is van asielzoekers met speciale behoeften, zal per situatie worden bezien of andere c.q. extra maatregelen nodig zijn ten aanzien van het vervoer.

### **Medische problematiek en het vreemdelingenbeleid**

*De leden van de CDA-fractie vragen waarom een medisch advies slechts op vrijwillige basis plaats kan hebben en waarom weigering van een medisch advies niet kan worden tegengeworpen. Is het bijvoorbeeld niet denkbaar dat er medische indicaties worden opgemerkt, waarmee vervolgens niets kan worden gedaan omdat de asielzoeker niet wenst mee te werken aan nader onderzoek? In hoeverre doorkruist dit de bedoeling van het in een zo vroeg mogelijk stadium van de asielprocedure kunnen onderkennen van medische problematiek en het beperken van het inbrengen van medische uitzettingsbeletselen en van medische aanvragen en na afloop van de asielprocedure en het in verband daarmee kunnen toepassen van het medisch filter conform de motie-Spekman c.s.? De voornoemde leden merken op dat gesteld wordt dat als de medische problematiek op een later moment tijdens de asielprocedure ontstaat of naar voren komt, aan de vreemdeling kan worden gevraagd om zich met zijn medisch relevante gegevens te melden bij de IND, die dan BMA om een advies kan verzoeken. Wat wordt er gedaan als de vreemdeling dit weigert? In hoeverre kan dan toch worden beschikt over de medische informatie over de betrokken vreemdeling? In hoeverre kan die medische*

*informatie toch worden vastgelegd? Kan het gebrek aan medewerking van de asielzoeker aan het verstrekken van deze medische informatie ertoe leiden dat hij, na afwijzing van het asielverzoek, in de terugkeerfase geen opvang krijgt, conform de motie-Spekman c.s.?*

Het medisch advies is vrijwillig en kan alleen worden uitgevoerd met schriftelijke toestemming van de asielzoeker. Over het algemeen moet binnen de zorg zeer terughoudend worden omgegaan met dwang. Dit is van belang zowel vanuit de beroepsethiek van de arts en zijn vertrouwensrelatie met de patiënt, als vanuit het oogpunt van lichamelijke integriteit. Over het algemeen kan gesteld worden dat er van dwang slechts sprake kan zijn als er een gevaar is voor de volksgezondheid én als er sprake is van een specifiek doel (bv screening naar een specifieke aandoening) waar dan ook gevolg (in de zin van behandeling) aan wordt gegeven. Een goed voorbeeld hiervan is de TBC-screening waar asielzoekers verplicht aan mee moeten doen.

Het medisch advies in de rust- een voorbereidingstermijn (RVT) beoogt een breed scala aan gegevens rondom de fysieke en mentale gezondheid van de asielzoeker in beeld te krijgen, zodat daar zo goed mogelijk rekening mee kan worden gehouden gedurende de procedure. Dit is vooral in het belang van de asielzoeker zelf. Hij bepaalt uiteindelijk wat er met de informatie gaat gebeuren middels een zogenoemd «informed consent».

Het is inherent aan de vrijwilligheid van het advies dat het weigeren van deelname de vreemdeling niet mag worden tegengeworpen. Dit zou immers afdoen aan de vrijwilligheid. Tegenwerpen zou ook weinig zinvol zijn, aangezien medische problematiek ook later in de procedure aan het licht kan komen (denk bijvoorbeeld aan psychische problematiek) of pas later kan ontstaan. Medische problematiek zal altijd moeten worden onderzocht.

Overigens is het de bedoeling om met behulp van adequate voorlichting het aantal deelnemers aan het medisch advies te maximaliseren. Daarbij komt dat de asielzoeker met medische problemen er in beginsel belang bij heeft deze in een zo vroeg mogelijk stadium aan de orde te stellen omdat hij dan zo snel mogelijk kan worden gewezen op de mogelijkheden voor zorg en aan de medische problematiek zonodig een verblijfsrechtelijke consequentie kan worden verbonden.

Het is denkbaar dat er medische indicaties worden opgemerkt waar niets mee kan worden gedaan omdat de asielzoeker niet wenst mee te werken aan nader onderzoek. Het is uiteindelijk de asielzoeker die daarmee moet instemmen. Door het aanbieden van het medische advies, – eventueel – het daaruit voortkomen van een parallelle procedure en – indien geboden – het toepassen van artikel 64 Vw wordt geprobeerd de vreemdeling te stimuleren medische problematiek zo vroeg mogelijk te melden. Hier komt het belang van voorlichting naar voren. Aan de asielzoeker zal moeten worden duidelijk gemaakt dat als hij niet deelneemt aan het medisch advies, er dus ook geen rekening kan worden gehouden met eventuele medische problematiek. Door de asielzoeker tijdig en goed voor te lichten over zijn belang om aan het medische advies in de RVT deel te nemen en bij medische problematiek dit zo snel mogelijk te melden, kan die deelname worden gestimuleerd, maar niet gegarandeerd.

Dit doorkruist die bedoeling niet. Het vroeg signaleren van medische problematiek door het aanbieden van het medisch advies en het bieden van een parallelle medische procedure zal ongetwijfeld het inbrengen van medische uitzettingsbeletsel en de doelgroep van motie Spekman c.s.

beperken. De regering doet onder meer hiermee het maximale om (de noodzaak van) herhaalde aanvragen tegen te gaan.

De toestemming van de vreemdeling is vereist om BMA in staat te stellen behandelgegevens op te vragen bij de behandelend artsen van de vreemdeling ten behoeve van een advies op grond waarvan kan worden getoetst aan het toepasselijke beleid. BMA kan niet vrijelijk beschikken over de medische gegevens van een asielzoeker en de IND krijgt geen inzage in het onderliggende (medische) dossier.

Weigering van de asielzoeker om mee te werken aan het verstrekken van medische informatie tijdens de asielprocedure kan na de asielprocedure ook niet leiden tot uitsluiting van opvang conform motie-Spekman c.s.. Tegelijk zij vermeld dat om in aanmerking te komen voor opvang conform de motie-Spekman de vreemdeling bij het doen van zijn aanvraag tot verblijf zijn medisch dossier moet overleggen. Indien hij dat niet doet komt hij niet in aanmerking voor opvang. Uw Kamer is hierover separaat geïnformeerd.

Medische problematiek kan ook na de asielprocedure pas aan het licht komen, ontstaan of verergeren en zal dus altijd moeten worden beoordeeld op het moment dat het wordt ingebracht. Meer dan het voorlichten van de vreemdeling over zijn belang om toestemming te verlenen kan de IND niet doen. Ook is hier een rol weggelegd voor de rechtsbijstandverlener. Als de vreemdeling weigert deel te nemen aan het medisch advies en weigert in te stemmen met een parallelle medische procedure is dat zijn goed recht, maar de medische aspecten kunnen dan ook geen positieve rol spelen in de toelatingsbeslissing.

*De leden van de SP-fractie zijn, evenals de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken (ACVZ), voorstander van een standaard medisch onderzoek, waaronder begrepen ook psychische problematiek van iedere asielzoeker. De staatssecretaris spreekt van medisch advies maar naar mening van deze leden gaat aan ieder advies noodzakelijkerwijs ook onderzoek vooraf. Kan de staatssecretaris bevestigen dat de eerste inventarisatie in de tijdelijke noodvoorziening door Menzis/GGZ een andere is dan het medisch advies in het kader van de asielprocedure? Deze leden achten het van belang dat de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND), in het kader van de asielprocedure, actief op zoek gaat naar mogelijke medische problematiek, waaronder sporen van marteling en/of mishandeling. Onderschrijft de staatssecretaris dit uitgangspunt? Zal het medisch onderzoek plaatsvinden door gekwalificeerd personeel met het oog op kwaliteit en effectiviteit van de procedure? Door in een vroeg stadium in de procedure hier een beperkte tijd in te investeren kunnen vervolgaanvragen worden voorkomen. Waarom wijst de staatssecretaris om kostenredenen een dergelijk twee of drie uur durend onderzoek af? Is er onderzoek gedaan naar de besparingsmogelijkheden door het voortkomen van herhaalde aanvragen wanneer een dergelijk onderzoek wel wordt uitgevoerd? Zo nee, is de staatssecretaris dan alsnog bereid een dergelijk onderzoek uit laten voeren?*

In reactie hierop wil ik bevestigen dat een medisch advies wordt gebaseerd op onderzoek- primair door een sociaal verpleegkundige, en indien daar aanleiding toe is vervolgens door een sociaal geneeskundige. Zowel somatische als psychische problematiek zal hierbij aan de orde komen.

Tevens kan ik bevestigen dat de intake die wordt gedaan door Menzis iets anders is dan het medisch advies in het kader van de asielprocedure. Alle vreemdelingen die in de TNV worden geplaatst worden langs de medische dienst van Gezondheids Centrum Asielzoekers gestuurd, waar wordt gevraagd naar:

- klachten die duiden op mogelijke TBC (landurig hoesten, nachtzweet, gewichtsverlies, etc.);
- medicijngebruik, en zo ja waarvoor;
- ziekten of gezondheidsklachten en of men daarvoor reeds onder behandeling was; bij dringende medische problemen wordt direct een traject opgestart; in alle andere gevallen wordt verwezen naar de spreekuren.

Dit proces gebeurt middels een korte mondelinge triage.

Het medisch advies in het kader van de asielprocedure kan ook leiden tot het wijzen op zorgmogelijkheden, maar ziet vooral op het adviseren van de IND met betrekking tot gezondheidsklachten die van invloed kunnen zijn op het horen en de interpretatie van het gehoor.

Ik ben er geen voorstander van dat de IND actief op zoek gaat naar mogelijke medische problematiek, waaronder sporen van marteling en/of mishandeling. Het beoordelen van medische problematiek vereist medische expertise, en moet dus door een arts gebeuren. Met het medisch advies wordt voorafgaand aan de asielprocedure een moment gecreëerd waarop dit aan de orde kan komen.

Voor wat betreft sporen van marteling en/of mishandeling moet gezegd worden dat er nooit met zekerheid uitspraken te doen zijn over het verband tussen de lichamelijk/psychische toestand van de asielzoeker en de oorzaak die hieraan volgens hem ten grondslag ligt. Bovendien is het aantonen van feitelijk lichamelijk en/of psychisch trauma niet nodig om de asielaanvraag te beoordelen; wat telt is een geloofwaardig en aannemelijk relaas. Dit neemt niet weg dat als door de medisch adviseur littekens en dergelijke worden waargenomen, hij daar melding van mag maken, ook al kan hij geen uitspraak doen over de causaliteit. Dit zal worden meege-  
nomen in de weging van het hele feitencomplex.

Het medisch onderzoek zal uiteraard door gekwalificeerd personeel worden uitgevoerd.

Voor het antwoord op de vraag waarom ik om kostenredenen een onderzoek zou afwijzen ga ik ervan uit dat hier wordt bedoeld op mijn beslissing om onderzoek naar steunbewijs geen deel te laten uitmaken van het medisch advies. Ervaring bij de Medische OnderzoeksGroep van Amnesty International leren dat dit soort onderzoeken minimaal een dagdeel duren. Zoals ik reeds hierboven betoogde is onderzoek naar steunbewijs van beperkte waarde aangezien niets met zekerheid te zeggen is over causaliteit, en het ook nog eens niet nodig is om te komen tot een zorgvuldige beoordeling. Ik acht de consequenties van het uitvoeren van een dergelijk onderzoek voor het proces (qua tijd, planning en financiële gevolgen) dan ook te groot afgezet tegen de geringe meerwaarde.

Ook voor het antwoord op de vraag over besparingsmogelijkheden ga ik ervan uit dat hier wordt bedoeld op een onderzoek naar medisch steunbewijs. Aangezien medisch steunbewijs niet op zichzelf doorslaggevend is in de beoordeling van een asielverzoek, zal het actief onderzoeken van medisch steunbewijs voorafgaand aan de asielprocedure ook niet leiden tot meer inwilligingen. Er zullen dan ook geen herhaalde aanvragen mee worden voorkomen en ik zie hierin dan ook geen besparingsmogelijkheden.

*De leden van de SGP-fractie vragen waarop de stellige verwachting van de staatssecretaris berust dat de versterkte aandacht voor medische problematiek niet zal leiden tot meer vreemdelingen die op medische gronden verblijf in Nederland krijgen. Is het niet logisch om te veronderstellen dat meer aandacht voor medische problemen ook in enige mate zal leiden tot stijging van verblijfsverlening? Dat het inhoudelijke toet-*



*singskader identiek blijft aan het huidige doet naar mening van deze leden niets af aan het gegeven dat versterkte medische aandacht binnen dit kader wellicht tot meer erkenning van medische problemen leidt.*

Mijn reactie hierop luidt dat meer aandacht voor medische problematiek vooral zal leiden tot het eerder (en wellicht vaker) voeren van medische procedures, in plaats van ná de asielprocedure if in de beroepsfase. Hiermee worden lange procedures en kosten voorkomen. Dit hoeft niet te leiden tot meer inwilligingen, maar kan ook leiden tot meer afwijzingen. De voorgestelde maatregelen leggen de norm voor toelating op medische gronden niet lager, en het beleid wordt dus niet soepeler.

### **Medisch advies in de rust- en voorbereidingstermijn (RVT)**

*De leden van de PvdA-fractie willen weten hoe uitgebreid het medisch advies in de RVT zal zijn. Welke medische aspecten aan de asielzoeker worden in het advies allemaal onderzocht? Gaat het zowel om mentale als fysieke gesteldheid? In de brief staat dat het uitgangspunt is dat het advies geheel wordt afgerond in de RVT. Is dit niet juist een absolute voorwaarde, aangezien één van de twee doelstellingen van het advies betrekking heeft op het horen en de verhoren direct na de RVT plaatsvinden? Verder willen de aan het woord zijnde leden weten of verwacht wordt dat rechtsbijstandverleners asielzoekers zullen aanraden wel mee te werken met het medisch advies in de RVT. Welke verwachting heeft de staatssecretaris ten aanzien van de hoeveelheid asielzoekers die niet meewerkt aan het medisch advies, wellicht omdat zij vrezen dat dit in hun nadeel uitwerkt (minder kans op rekken procedures)? Kan het de asielzoekers later in de (medische) procedure worden tegengeworpen als zij niet zo snel mogelijk hun medische problemen kenbaar hebben gemaakt? Ook willen deze leden duidelijkheid over de inhoud en consequenties van het medisch advies. Wordt het advies ook bij de beoordeling van het asielreelaas betrokken? Zo ja, op welke wijze? Worden in het advies bijvoorbeeld ook fysieke sporen van marteling vermeld? Daarbij willen deze leden benadrukken dat een medisch advies in de RVT alleen aan de kwaliteit van de asielprocedure bijdraagt als die adviezen door gekwalificeerd en geschikte medisch deskundigen wordt gegeven. Hoe waarborgt de staatssecretaris die kwaliteit, de grote verschillen in psychische en lichamelijke kwalen in aanmerking genomen?*

*De aan het woord zijnde leden maken zich samen met VluchtelingenWerk Nederland en asieladvocaten zorgen over de procedure op het aanmeldcentrum Schiphol (hierna: AC Schiphol). De komende drie jaren geldt voor de groep asielzoekers die op Schiphol aankomen nog geen RVT. Betekent dit dat ook geen medisch advies wordt gegeven aan asielzoekers op AC Schiphol? Zo ja, blijven de desbetreffende asielzoekers langdurig gedetineerd indien medische problemen worden gesignaleerd? Deze leden vinden het uitblijven van medisch advies op AC Schiphol ongewenst en verzoeken de procedure voor asielzoekers die op Schiphol aankomen zoveel mogelijk gelijk te schakelen met de nieuwe aangepaste asielprocedure die voor alle overige asielzoekers gaat gelden. Ziet de staatssecretaris verder mogelijkheden om de groep asielzoekers die op Schiphol asiel aanvraagt te verkleinen? Daarbij in aanmerking genomen dat daarmee ongelijkheid wordt tegengegaan en het onnodig in bewaring plaatsen van asielzoekers wordt voorkomen, gezien het gegeven dat uiteindelijk bijna 90% van de asielzoekers aangekomen op Schiphol uiteindelijk toch toegang wordt verleend. Zou dit verkleinen bijvoorbeeld kunnen door een korte, snelle toets waarbij de kansloze aanvragen van de serieuze aanvragen worden onderscheiden?*

Zoals ik in mijn brieven van 16 december 2008 en 7 oktober 2009 heb gemeld zal het medisch advies in de RVT in ieder geval bestaan uit een

primaire signalering door een sociaal verpleegkundige. Dit betreft zowel psychische als fysieke aspecten. De precieze inhoud van de signalering door de sociaal verpleegkundige wordt door de projectgroep medisch van het Programma Invoering Verbeterde Asielprocedure (PIVA) nog nader uitgewerkt. Een van de mogelijkheden die worden besproken is dat deze primaire signalering gebeurt aan de hand van een vragenlijst. Indien de sociaal verpleegkundige daartoe aanleiding ziet, of bij twijfel, wordt de asielzoeker doorverwezen naar een sociaal geneeskundige ten behoeve van een medisch advies. De sociaal geneeskundige onderzoekt of er sprake is van medische problematiek, (acute) gezondheidsklachten die al of niet van invloed zijn op het horen en de interpretatie van het gehoor en stelt een advies op waarin staat of en op welke wijze rekening moet worden gehouden met de geconstateerde medische klachten bij het gehoor en/of de interpretatie daarvan. Ook de precieze inhoud van dit onderzoek en het advies wordt door de PIVA projectgroep «medisch» in samenspraak met de beroepsgroep nader uitgewerkt. Omdat veel zal afhangen van wat gelet op de daarvoor geldende beroepsregels mogelijk is, hecht ik er belang aan niet teveel op de uitkomsten van de overleggen met de beroepsgroep vooruit te lopen.

In het geval van deelname aan het medisch advies is geboden dat dit wordt afgerond in de RVT. Het is evenwel mogelijk dat een vreemdeling afziet van deelname aan het medisch advies en dat tijdens het asielgehoor naar voren komt dat mogelijk sprake is van relevante medische problematiek. In dat geval wordt in het kader van het PIVA project «medisch» bezien of het in een individueel geval, indien geboden, mogelijk is om een beroep te doen op de beschikbare expertise van het medisch advies in de RVT. Advisering zou dan niet plaatsvinden in de RVT. Goede voorlichting dient zoveel als mogelijk te voorkomen dat een dergelijke situatie ontstaat.

Ik ga er vanuit dat zowel de asielzoeker als diens rechtsbijstandverlener inzien dat meewerken met het medisch advies in de RVT in het belang van de vreemdeling. Immers, de asielzoeker heeft er baat bij dat hij zo goed mogelijk kan verklaren en dat zijn relaas in het juiste licht wordt beoordeeld. Het zo vroeg mogelijk laten toetsen van eventuele medische problematiek op vreemdelingrechtelijke consequenties is ook van belang voor de asielzoeker. Een goede voorlichting, ook door Vluchtelingenwerk Nederland is hiervoor van belang.

Ik zie niet in hoe meewerken aan het medisch advies in het nadeel van een asielzoeker kan werken. Zoals in het voorgaande al gesteld, is meewerken aan het medisch advies juist van groot belang voor de asielzoeker: de asielzoeker heeft er baat bij dat hij zo goed mogelijk kan verklaren en dat zijn relaas in het juiste licht wordt beoordeeld. Het zo vroeg mogelijk laten toetsen van eventuele medische problematiek op vreemdelingrechtelijke consequenties is ook van belang voor de asielzoeker. Het al dan niet meewerken aan het medisch advies is niet van invloed op de mogelijkheden om door middel van nieuwe aanvragen procedures te rekken. Immers, ook als wél is meegewerkt aan het medisch advies zal medische problematiek, als deze wordt ingebracht, altijd getoetst moeten worden.

Het weigeren van het medisch advies in de RVT mag de vreemdeling niet worden tegengeworpen. Dit is ten eerste inherent aan de vrijwillige aard van het advies. Ten tweede kan er altijd medische problematiek ontstaan na het medisch advies. Daarom mag de weigering van een vreemdeling om deel te nemen aan het medisch advies hem nooit worden tegengeworpen, ook niet op een later moment als hij zegt destijds al ziek te zijn geweest. Aan de asielzoeker zal moeten worden duidelijk gemaakt dat als hij niet deelneemt aan het medisch advies, er dus ook geen rekening kan

worden gehouden met eventuele medische problematiek. Door de asielzoeker tijdig en goed voor te lichten over zijn belang om aan het medische advies in de RVT deel te nemen en bij medische problematiek dit zo snel mogelijk te melden, kan die deelname worden gestimuleerd, maar niet gegarandeerd.

Het medisch advies wordt betrokken bij de beoordeling van het asielrelaas om vast te kunnen stellen of er sprake is van medische problematiek die van invloed kan zijn op het horen of de interpretatie van het gehoor, voor zover het advies hiertoe aanwijzingen bevat.

Wanneer tijdens het medisch advies in de RVT littekens e.d. worden waargenomen, ligt het in de rede dat de sociaal geneeskundige deze gegevens noteert. Hetzelfde geldt als de vreemdeling de sociaal geneeskundige (spontaan) vertelt hoe de waargenomen littekens zijn veroorzaakt of wat eventueel gestelde nachtmerries inhouden.

Of en op welke wijze deze gegevens kunnen worden genoteerd, gelet op de relevante daarvoor geldende beroepsregels, voor medische advisering, wordt in het PIVA project «medisch» in samenspraak met de beroepsgroep uitgewerkt. De sociaal geneeskundige zal niet actief ingaan op deze aspecten en zal geen uitspraken doen over de oorzaak en waarschijnlijkheid daarvan. Daarmee zou te zeer worden vooruitgelopen op het asielrelaas.

Kwaliteit is een belangrijke voorwaarde. Daarom zal het medisch advies in de RVT door een gekwalificeerd en geschikt medisch deskundige worden uitgevoerd.

Binnen het PIVA project «medisch» wordt thans onderzocht op welke wijze het medisch advies tijdens de overgangstermijn binnen de algemene asielprocedure in AC Schiphol gestalte kan krijgen. Omdat er in de overgangstermijn, in afwachting van het nieuwe Justitiefaciliteit op de luchthaven Schiphol, geen rust- en voorbereidingstermijn voor AC Schiphol geldt, zal de medisch-adviesprocedure niet helemaal hetzelfde zijn als voor de overige AC's. Wel zal getracht worden om een en ander zoveel mogelijk gelijk te schakelen. Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan een vergelijkbare vraagstelling voor de adviserende arts.

Ook voor AC Schiphol geldt in de nieuwe situatie als uitgangspunt een snelle én zorgvuldige procedure. Om die reden heb ik ervoor gekozen om de algemene asielprocedure van acht dagen in alle AC's, inclusief AC Schiphol, op hetzelfde moment in te voeren. Ondanks het ontbreken van een rust- en voorbereidingstermijn gedurende de eerste jaren, worden met het invoeren van de algemene asielprocedure de termijnen voor de asielzoeker en zijn rechtsbijstandverlener immers aanzienlijk verruimd ten opzichte van de huidige situatie, hetgeen ik vanuit het oogpunt van zorgvuldigheid van groot belang acht.

In tegenstelling tot de procedure in de overige AC's, zullen asielzoekers tijdens de overgangstermijn de procedure in AC Schiphol echter niet in alle gevallen afronden tot en met de indiening van de correcties en aanvullingen. Mogelijk zullen asielzoekers uit zorgvuldigheidsoverwegingen vaker dan in de overige AC's al voorafgaand aan het nader gehoor worden doorgezonden naar de opvang waarna de aanvraag in de verlengde procedure verder zal worden behandeld.

In de zaken waarin de asielaanvraag direct binnen de algemene asielprocedure kan worden afgewezen, zal voortvarend aan het vertrek van de asielzoeker worden gewerkt, terwijl de asielzoeker op grond van een vrijheidsontnemende maatregel in een grenslogies verblijft. Uiteraard zullen alle inspanningen er in deze zaken op zijn gericht om het vertrek van de asielzoeker zoveel mogelijk te bewerkstelligen. Het kan echter nooit volledig worden uitgesloten dat de maatregel voorafgaand aan het daad-

werkelijke vertrek op enig moment moet worden beëindigd en dat de asielzoeker daarmee de facto de toegang tot Nederland verkrijgt. Het feit dat niet alle asielzoekers aan wie de toegang wordt geweigerd Nederland uiteindelijk vanuit een grenslogies verlaten, hetzij omdat besloten wordt om de asielaanvraag in de verlengde asielprocedure te behandelen, hetzij omdat het niet lukt om dit vertrek na een negatieve beslissing in de algemene algemene of de GOC-procedure te bewerkstelligen, is naar mijn mening geen reden om het instrument van de toegangsweigering en de daaraan verbonden vrijheidsontnemende maatregel niet langer toe te passen. Het gaat hier immers om asielzoekers die niet voldoen aan de voorwaarden voor toegang tot het Schengengebied en ten aanzien van wie op grond van de Schengen Grenscode maatregelen moeten worden genomen om zoveel mogelijk te voorkomen dat zij feitelijk toegang krijgen tot het Schengengebied. Tegenover de andere lidstaten hebben we als Nederland de plicht om de buitengrenzen zo goed mogelijk te bewaken. In dat kader past het niet om vreemdelingen, enkel vanwege het feit dat zij een asielaanvraag indienen, reeds op voorhand de toegang tot Nederland en daarmee het gehele Schengengebied te verlenen.

De eerste, snelle, toets vindt plaats bij de IND. De IND beziet immers tijdens de algemene asielprocedure of de asielaanvraag zich leent voor inwilliging of afwijzing binnen acht dagen, of dat de aanvraag in de verlengde asielprocedure of mogelijk in de GOC-procedure behandeld dient te worden. Deze afweging wordt gemaakt op basis van de inhoud van de gehoren die van de asielzoeker worden afgenomen. Verder is ook reeds een snelle toets door de rechtbanken gewaarborgd. Er geldt een snelle toets voor zowel de bewaringsmaatregel als voor de beslissing op de asielaanvraag in de algemene asielprocedure. Een bewaringsmaatregel wordt enkel als ultimum remedium toegepast. Dit geldt niet alleen voor de bewaringsmaatregel op grond van artikel 59 Vw, maar ook voor de maatregel ex artikel 6, eerste en tweede lid, Vw. Om die reden is het voor vreemdelingen die aan een dergelijke maatregel worden onderworpen op elk moment mogelijk om een beroep in te dienen en de rechter te vragen om deze maatregel te toetsen. Daarnaast voorziet de Vw in het geval van vreemdelingenbewaring ook in een «automatische» toets van de maatregel door middel van de kennisgeving die uiterlijk 28 dagen na het opleggen van de maatregel naar de rechtbank wordt verzonden. Uiterlijk binnen drie weken na de indiening van een beroep (of kennisgeving) doet de rechter in deze zaken uitspraak. Met betrekking tot beroepen die zijn gericht tegen de beslissing om een asielaanvraag binnen de AC-procedure af te wijzen, hanteren de rechtbanken ook korte termijnen: ongeveer drie of vier weken na uitreiking van de afwijzende beschikking doet de rechter in deze zaken uitspraak. Naar mijn mening is op deze wijze voldoende gewaarborgd dat de serieuze aanvragen snel worden onderscheiden van kansloze aanvragen en dat een vrijheidsontnemende maatregel snel door de rechter wordt getoetst. De vraag is of met een snellere toets de zorgvuldigheid van deze toets nog wel gewaarborgd kan blijven.

*De leden van de SP-fractie achten het ontbreken van een RVT op AC Schiphol ongewenst. Gelijke gevallen moeten gelijk worden behandeld en daarom achten de leden het niet acceptabel dat asielzoekers op AC Schiphol in een potentieel nadeliger positie komen te verkeren. Wat gaat de staatssecretaris ondernemen om deze rechtsongelijkheid weg te nemen?*

Om te voorkomen dat asielzoekers op AC Schiphol in een nadelige positie komen te verkeren zullen zij, tijdens de overgangstermijn waarin er voor AC Schiphol geen rust- en voorbereidingstermijn geldt en in tegenstelling

tot de asielzoekers in de overige AC's, de algemene asielprocedure niet in alle gevallen afronden tot en met de indiening van de correcties en aanvullingen. Mogelijk zullen asielzoekers uit zorgvuldigheidsoverwegingen vaker dan in de overige AC's al voorafgaand aan het nader gehoor worden doorgezonden naar de opvang waarna de aanvraag in de verlengde procedure verder zal worden behandeld.

Verder wordt binnen het PIVA project «medisch» onderzocht op welke wijze het medisch advies tijdens de overgangstermijn binnen de algemene asielprocedure in AC Schiphol gestalte kan krijgen. Daarbij zal getracht worden om een en ander zoveel mogelijk gelijk te schakelen. Daarbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan een vergelijkbare vraagstelling voor de adviserende arts.

*De leden van de PVV-fractie merken op dat het kabinet nadere informatie geeft over het medisch advies in de RVT. De belangrijkste doelstellingen van het genoemde medisch advies in de RVT zijn dat asielzoekers die dat nodig hebben op de weg naar de zorg wordt gewezen en dat aan de IND advies wordt uitgebracht met betrekking tot gezondheidsklachten die van invloed kunnen zijn op het horen en de interpretatie van het verhoor. Als belangrijke randvoorwaarde wordt hierbij genoemd dat het medisch advies vrijwillig is en slechts kan worden uitgevoerd met de schriftelijke toestemming van de vreemdeling. Een weigering van het medisch advies mag de vreemdeling niet worden tegengeworpen. De aan het woord zijnde leden vragen hoe deze randvoorwaarde zich verhoudt tot de doelstelling van het kabinet om mogelijke medische aspecten die een rol kunnen spelen bij de procedure van een vreemdeling zo snel mogelijk aan de orde te laten komen. Deze leden zijn van mening dat om medische problemen in een zo vroeg mogelijk stadium aan het licht te brengen het wenselijk is dat een medisch onderzoek aan het begin van de procedure plaatsvindt en dat een vreemdeling dit onderzoek niet mag weigeren. Graag vernemen deze leden de reactie van het kabinet hierop.*

Het medisch advies is vrijwillig en kan alleen worden uitgevoerd met schriftelijke toestemming van de asielzoeker. Over het algemeen moet binnen de zorg zeer terughoudend worden omgegaan met dwang. Dit is van belang zowel vanuit de beroepsethiek van de arts en zijn vertrouwensrelatie met de patiënt, als vanuit het oogpunt van lichamelijke integriteit. Over het algemeen kan worden gesteld dat er van dwang slechts sprake kan zijn als er een gevaar is voor de volksgezondheid én als er sprake is van een specifiek doel (bv screening naar een specifieke aandoening) waar dan ook gevolg (in de zin van behandeling) aan wordt gegeven. Een goed voorbeeld hiervan is de TBC-screening waar asielzoekers verplicht aan mee moeten doen.

Het medisch advies in de rust- een voorbereidingstermijn (RVT) beoogt een breed scala gegevens rondom de fysieke en mentale gezondheid van de asielzoeker in beeld te krijgen, zodat daar zo goed mogelijk rekening mee kan worden gehouden gedurende de procedure. Dit is vooral in het belang van de asielzoeker zelf. Hij bepaalt uiteindelijk wat er met de informatie gaat gebeuren middels een zogeheten «informed consent».

Het is inherent aan de vrijwilligheid van het advies dat het weigeren van deelname de vreemdeling niet mag worden tegengeworpen. Dit zou immers afdoen aan de vrijwilligheid. Tegenwerpen zou ook weinig zinvol zijn, aangezien medische problematiek ook later in de procedure aan het licht kan komen (denk bijvoorbeeld aan psychische problematiek) of pas later kan ontstaan. Medische problematiek zal altijd moeten worden onderzocht.



*De leden van de ChristenUnie-fractie lezen in de brief dat het medisch advies in de RVT niet de enige weg naar medisch noodzakelijke zorg is en het medisch advies in de RVT gepaard moet gaan met voorlichting. Daarbij zal specifiek aandacht worden besteed aan het vreemdelingrechtelijk belang om medische problematiek in een zo vroeg mogelijk stadium naar voren te brengen. Deze leden vragen nader toe te lichten of er na de RVT nog de mogelijkheid bestaat om medisch advies te vragen, indien medische problematiek vermoed wordt die relevant is voor de asielaanvraag.*

Zoals reeds gebruikelijk kan de IND aanleiding zien om een arts in te schakelen of te consulteren in het geval een asielzoeker niet heeft deelgenomen aan het medische advies in de RVT en tijdens het horen in asiel blijkt dat sprake is van medische problematiek die interfereert met het horen. (Of in zo'n geval een beroep kan worden gedaan op de expertise van het medisch advies in de RVT wordt in het PIVA project «medisch» onderzocht.)

*De leden van de SGP-fractie vragen of zij terecht hebben begrepen dat het medisch advies vooral procedureel van aard is. Uit de doelstellingen om een betere toegang tot zorg te creëren en de knelpunten voor het gehoor beter in kaart te brengen concluderen zij dat niet zozeer van inhoudelijke toetsing sprake is die van belang is voor de besluitvorming. De aan het woord zijnde leden vragen in hoeverre de inschatting reëel is dat, hoewel weigering van medisch advies niet aan de vreemdeling kan worden tegengeworpen, weigering van medisch als contra-indicatie kan gaan werken.*

Het medisch advies is ook van belang voor de inhoudelijke toetsing omdat het iets zegt over de mate waarin van de asielzoeker verwacht kan worden dat hij coherent en consistent kan verklaren. Inconsistenties en/of incoherenties in zijn relaas zullen dan dus minder snel tegengeworpen worden.

Genoemde inschatting acht ik niet reëel. Medische problematiek die op welk moment dan ook wordt ingebracht, zal altijd moeten worden onderzocht. Het is immers niet mogelijk op voorhand uit te sluiten dat de medische problematiek pas na de asielprocedure is ontstaan, aan het licht gekomen of verergerd. Dat eerder niet aan het medisch advies is meegewerkt, kan dan ook niet in het nadeel van de asielzoeker werken.

### **Medisch steunbewijs/Istanbul Protocol**

*De leden van de CDA-fractie vragen hoe in de algemene asielprocedure wordt omgegaan met onderzoeken die de Medische Onderzoeksgroep (MOG) van Amnesty International bij asielzoekers verricht. Deze leden vragen of de beschreven wijze waarop in de asielprocedure met medische aspecten wordt omgegaan voldoet aan de bepalingen van de Europese regelgeving. Wordt gevolg gegeven aan het ACVZ-advies om het Istanbul Protocol in de Nederlandse asielprocedure te implementeren of wordt de uitkomst van de onderhandelingen over de nieuwe Procedurerichtlijn afgewacht? Wat is het Nederlandse standpunt inzake het (in de Procedurerichtlijn / asielprocedure opnemen van het) Istanbul Protocol?*

Indien een vreemdeling in de algemene asielprocedure een onderzoek van de MOG inbrengt, wordt dit, zoals ik in mijn brief van 7 oktober jl. heb gemeld, 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.



Er wordt voldaan aan de bepalingen van de Europese regelgeving. In de huidige Europese regelgeving, met name de Procedurerichtlijn, worden geen specifieke eisen gesteld ten aanzien van medische aspecten.

Het voorstel van de Commissie tot wijziging van de Procedurerichtlijn is op 21 oktober 2009 verschenen. Een BNC-fiche over het voorstel verwacht ik binnenkort naar uw Kamer te kunnen zenden.

In mijn brief van 7 oktober 2009 over rechtsbijstand en medische problematiek in het vreemdelingenbeleid heb ik u reeds aangekondigd dat dit een onderwerp zal zijn dat in de onderhandelingen over de Procedure-richtlijn 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.

In het kader van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Vreemdelingenwet 2000 in verband met het aanpassen van de asielprocedure wordt geregeld dat medisch onderzoek – naar eventuele aandachtspunten voor het horen en de mogelijkheid om consistente en coherente verklaringen af te leggen – tijdens de rust- en voorbereidingstermijn kan worden opgestart. Uitgangspunt blijft dat de beschermingsbehoefte primair wordt bepaald door de aannemelijkheid van het gestelde in het asielrelaas. Hiermee handelt Nederland volgens de richtlijnen van het Istanbul Protocol. Dit standpunt zal Nederland in de onderhandelingen naar voren brengen.

*De leden van de PvdA-fractie zijn het ermee eens dat door de asielzoeker ingebracht steunbewijs meegenomen wordt in de weging van het totale feitencomplex. Dit biedt de asielzoeker bewijsmogelijkheden en kan een bijdrage leveren aan het compleet krijgen van het feitencomplex.*

*De aan het woord zijnde leden delen de mening dat in de RVT geen uitgebreid urendurend medisch onderzoek kan worden verricht en er in dat stadium nog niets geconcludeerd kan worden over de oorzaken van bepaalde medische problematiek. De staatssecretaris geeft aan nu te voldoen aan het Istanbul Protocol. Voldoet zij nu ook aan artikel 4 van de Definitierichtlijn, nu de asielzoeker zonder steun van de overheid medisch steunbewijs moet verzamelen ten behoeve van zijn asielrelaas? Is de staatssecretaris van mening dat indien de MOG van Amnesty International voornemens is om medisch onderzoek te verrichten, een asielaanvraag dan in de verlengde asielprocedure moet worden afgehandeld?*

Aan genoemd artikel van de Definitierichtlijn wordt voldaan. Volgens vaste jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State is er geen grond om aan te nemen dat artikel 4 van de Kwalificatierichtlijn verder strekt dan dat de vreemdeling in de gelegenheid wordt gesteld om elementen ter staving van zijn asielverzoek in te dienen. Vervolgens dient te worden bezien in hoeverre deze elementen relevant zijn en aanleiding geven dit verzoek in te willigen en het resultaat van deze beoordeling aan de vreemdeling mee te delen voordat een beslissing wordt genomen. De vreemdeling krijgt vervolgens de gelegenheid eventuele gebreken te herstellen. Er is derhalve geen plicht voor de overheid om zelf actief medisch steunbewijs te verzamelen.

Of een asielaanvraag in de verlengde asielprocedure moet worden afgehandeld zal afhankelijk zijn van de omstandigheden van het geval. In beginsel geldt dat als uit indicaties blijkt dat de aanvraag op zorgvuldige wijze kan worden afgedaan in de algemene asielprocedure, het te verkiezen is de algemene procedure zo goed mogelijk te benutten. Nu medisch steunbewijs niet noodzakelijk is voor het verlenen van een asielvergunning wegens traumatische gebeurtenissen, maar de aannemelijkheid van het relaas leidend is, ligt in de rede dat de rapportage door de MOG geen toegevoegde waarde zal hebben voor de toekenning van een

verblijfsvergunning op grond van het traumatabeleid. In dat geval is afwachten van de rapportage niet zinvol. Aan de andere kant, in zaken waarin de aannemelijkheid van het relaas aan enige twijfel onderhevig is, is niet ondenkbaar dat de individuele casus ertoe kan leiden dat IND in samenspraak met de rechtsbijstandverlener besluit de zaak te verwijzen naar de verlengde procedure.

*De leden van de SP-fractie vragen waarom er geen inventarisatie van medisch steunbewijs wordt gemaakt zodat daar bij het gehoor rekening mee kan worden gehouden? De aan het woord zijnde leden achten de uitleg over het voldoen aan artikel 4, eerste lid, van de Definitierichtlijn onvoldoende en vragen om een nadere toelichting. Deze leden pleiten er nogmaals nadrukkelijk voor om in het begin van de nieuwe procedure de tijd te nemen die noodzakelijk is om middels zorgvuldige onderzoeken verder in de procedure aanvullende onderzoeken en tijdroevende herhaalde aanvragen te voorkomen.*

Mijn reactie hierop is dat er geen rekening hoeft te worden gehouden met medisch steunbewijs bij het gehoor. Waar bij het gehoor rekening mee moet worden gehouden is of iemand in staat is coherent en consistent te verklaren, en juist dat komt aan de orde in het medisch advies. Als er medisch steunbewijs is kan dat worden ingebracht door de vreemdeling, die zelf verantwoordelijk is voor het naar voren brengen van zijn asielaas. Eventueel medisch steunbewijs zal dan betrokken worden bij de weging van het feitencomplex maar is op zichzelf niet nodig om een asielaas aannemelijk te maken.

Zoals aangegeven in het antwoord aan de leden van het CDA, is er volgens vaste jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State geen grond om aan te nemen dat artikel 4 van de Kwalificatierichtlijn verder strekt dan dat de vreemdeling in de gelegenheid wordt gesteld om elementen ter staving van zijn asielerzoek in te dienen. De staatssecretaris dient vervolgens te bezien in hoeverre deze elementen relevant zijn en aanleiding geven dit verzoek in te willigen en het resultaat van deze beoordeling aan de vreemdeling mee te delen voordat een beslissing wordt genomen. De vreemdeling krijgt vervolgens de gelegenheid eventuele gebreken te herstellen. Er is derhalve geen plicht voor de overheid om zelf actief medisch steunbewijs te verzamelen.

*De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de staatssecretaris van Justitie aankondigt de Vreemdelingencirculaire 2000 te wijzigen, hetgeen betekent dat ingebracht steunbewijs (zoals rapportages van de MOG) wordt meegenomen in de weging van het gehele feitencomplex. Wat betekent deze beleidswijziging voor het meewegen van steunbewijs dat ter ondersteuning van een herhaalde asielaanvraag wordt ingebracht? Ook vragen deze leden hoe de staatssecretaris haar onderzoeksplicht beziet in het licht van de voorgestelde wijzigingen van de Procedurerichtlijn door de Europese commissie met betrekking tot medische rapportages (voorstel artikel 17 procedurerichtlijn)?*

De beleidswijziging heeft geen gevolgen voor het geldende beleid inzake herhaalde aanvragen zoals opgenomen in paragraaf C14/5.1 (onder a) in de Vc. Als er nieuwe feiten en omstandigheden zijn, en een rapportage van de MOG kan dat zijn, zullen die worden betrokken bij de behandeling van een herhaalde aanvraag.

Het voorstel van de Commissie tot wijziging van de Procedurerichtlijn is op 21 oktober 2009 verschenen. Een fiche over het voorstel verwacht ik binnenkort naar uw Kamer te kunnen zenden.

In artikel 17 van het voorstel is opgenomen dat verzoekers het recht krijgen op een medisch onderzoek om de asielclaims te ondersteunen. Wanneer er goede redenen bestaan om aan te nemen dat de verzoeker lijdt aan een posttraumatische stressstoornis wordt een medisch onderzoek uitgevoerd, mits de verzoeker daarmee instemt.

In mijn brief van 7 oktober 2009 over rechtsbijstand en medische problematiek in het vreemdelingenbeleid heb ik u reeds aangekondigd dat dit een onderwerp zal zijn dat in de 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.

In het kader van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Vreemdelingenwet 2000 in verband met het aanpassen van de asielprocedure wordt geregeld dat medisch onderzoek al tijdens de rust- en voorbereidingstermijn kan worden opgestart. Uitgangspunt blijft dat de beschermingsbehoefte primair wordt bepaald door de aannemelijkheid van het gestelde in het asielrelaas. Dit standpunt zal Nederland in de onderhandelingen naar voren brengen.

*De leden van de ChristenUnie-fractie vragen aan de staatssecretaris wat zij vindt van het voorstel van Amnesty International om uit oogpunt van zorgvuldigheid, in lijn met het advies van de ACVZ, te regelen dat indien een beslismedewerker van de IND voornemens is af te wijken van een advies of rapportage van een medisch deskundige, de zaak voor te leggen aan een senior beslismedewerker van de IND. Deze zou dan contact op moeten nemen met de opsteller van het rapport om deze in kennis te stellen van het voornemen tot afwijken van de conclusies in het rapport. Indien de IND nadien besluit af te wijken van de conclusies van de medisch deskundige, dient dit uitdrukkelijk in de beschikking te worden gemotiveerd.*

*Voor genoemde leden verzoeken om een nadere toelichting op de stelling dat het feit dat de toegevoegde waarde van dit soort onderzoek voor het nemen van beslissingen zeer beperkt is, omdat 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. Deze leden vragen de staatssecretaris daarbij in ieder geval in te gaan op de vraag of zij het uitgangspunt deelt dat medische onderzoeken kunnen bijdragen aan het aannemelijk maken van asielrelaas. Is de staatssecretaris het met deze leden eens dat in ieder geval bij het onderzoek aangetroffen fysieke sporen van marteling vermeld zouden moeten worden in het rapport van Medisch Advies? Of betekent de stelling van de staatssecretaris dat de asielzoeker geheel zonder ondersteuning van de overheid medisch steunbewijs moet verzamelen? Zo ja, hoe verhoudt zich dit dan tot artikel 4 van de Definitierichtlijn en de voorgestelde amendementen van de Commissie op de Procedurerichtlijn, waaruit blijkt dat de lidstaten een grote verantwoordelijkheid hebben met betrekking tot het identificeren en documenteren van signalen van marteling en andere vormen van geweld?*

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat een medisch advies van een medisch deskundige niet ziet op de uitkomst van de vreemdelingenprocedure. De conclusies van de deskundige ten aanzien van de medische situatie van de vreemdeling zullen niet worden betwist door de beslismedewerker van de IND. Er zal dan ook niet worden afgeweken van het medisch oordeel van de deskundige. Ten behoeve van de vreemdelingrechtelijke besluitvorming zal, voor zover van toepassing, een deskundigenadvies binnen de kaders van het vreemdelingenbeleid op zorgvuldige wijze worden meegewogen door de IND.

Zoals ik ook in mijn brief van 7 oktober jl. heb aangegeven dient primair sprake te zijn van een aannemelijk asielrelaas. De aannemelijkheid wordt beoordeeld in het licht van de overige verklaringen en hetgeen bekend is over de situatie in het land van herkomst. Medische onderzoeken kunnen meewegen in het gehele feitencomplex, maar kunnen een overigens ongeloofwaardig relaas, niet aannemelijk maken.

Een medisch onderzoek kan met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid aangeven dat een litteken is veroorzaakt, bijvoorbeeld dat er een vinger ontbreekt, maar daarmee is nog niet gezegd door wie dat is gedaan en onder welke omstandigheden. Daarvoor is elke beoordelaar (arts en IND) afhankelijk van hetgeen de asielzoeker daarover verklaart.

Uiteindelijk komt het dus neer op de aannemelijkheid van de verklaringen van de asielzoeker.

Het is om die reden dat in het traumatabeleid is neergelegd dat in het geval het relaas aannemelijk is een asielzoeker onder voorwaarden in aanmerking kan komen voor een verblijfsvergunning en dat geen medisch bewijs wordt verlangd.

Wanneer tijdens het medisch advies in de RVT littekens e.d. worden waargenomen ligt het in de rede dat de sociaal geneeskundige deze gegevens noteert. Hetzelfde geldt als de vreemdeling de sociaal geneeskundige (spontaan) vertelt hoe de waargenomen littekens zijn veroorzaakt of wat eventueel gestelde nachtmerries inhouden.

Of en op welke wijze deze gegevens kunnen worden genoteerd, gelet op de relevante daarvoor geldende beroepsregels, voor medische advisering, wordt in het PIVA-project «medisch» in samenspraak met de beroepsgroep uitgewerkt. De sociaal geneeskundige zal niet actief ingaan op deze aspecten en zal geen uitspraken doen over de oorzaak en waarschijnlijkheid daarvan. Daarmee zou te zeer worden vooruitgelopen op het asielrelaas.

Zoal hierboven aangegeven in het antwoord aan de leden van het CDA, is er volgens vaste jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State geen grond om aan te nemen dat artikel 4 van de Kwalificatierichtlijn verder strekt dan dat de vreemdeling in de gelegenheid wordt gesteld om elementen ter staving van zijn asielverzoek in te dienen. De staatssecretaris dient vervolgens te bezien in hoeverre deze elementen relevant zijn en aanleiding geven dit verzoek in te willigen en het resultaat van deze beoordeling aan de vreemdeling mee te delen voordat een beslissing wordt genomen. De vreemdeling krijgt vervolgens de gelegenheid eventuele gebreken te herstellen.

Er is derhalve geen plicht voor de overheid om zelf actief medisch steunbewijs te verzamelen.

Het voorstel van de Commissie tot wijziging van de Procedurerichtlijn is op 21 oktober 2009 verschenen. Een fiche over het voorstel verwacht ik binnenkort naar uw Kamer te kunnen zenden.

In artikel 17 van het voorstel is opgenomen dat verzoekers het recht krijgen op een medisch onderzoek om de asielclaims te ondersteunen. Wanneer er goede redenen bestaan om aan te nemen dat de verzoeker lijdt aan een posttraumatische stressstoornis wordt een medisch onderzoek uitgevoerd, mits de verzoeker daarmee instemt.

In mijn brief van 7 oktober 2009 over rechtsbijstand en medische problematiek in het vreemdelingenbeleid heb ik u reeds aangekondigd dat dit een onderwerp zal zijn dat in de 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.

In het kader van het wetsvoorstel tot Wijziging van de Vreemdelingenwet 2000 in verband met het aanpassen van de asielprocedure wordt geregeld dat medisch onderzoek al tijdens de rust- en voorbereidingstermijn kan worden opgestart. Uitgangspunt blijft dat de beschermingsbehoefte primair wordt bepaald door de aannemelijkheid van het gestelde in het asielrelaas. Dit standpunt zal Nederland in de onderhandelingen naar voren brengen.

*Vrouwelijke genitale verminking (VGV) en het medische advies in de RVT*

*De leden van de PvdA-fractie willen graag weten welk gevolg het voor de asielzoeker heeft als zij niet meewerkt aan een onderzoek naar vrouwelijke genitale verminking (VGV) en aan de vaststelling dat bij haar nog geen VGV heeft plaatsgevonden?*

Van meisjes/vrouwen uit risicolanden die een beroep doen op asiel op basis van vrees voor vrouwelijke genitale verminking, zal voortaan worden gevraagd dit asielverzoek te onderbouwen met een verklaring dat zij niet al besneden zijn. Het niet overleggen van een dergelijke verklaring betekent dat niet kan worden ingewilligd op die grond. Dit zal misbruik van deze grond om asiel te krijgen voorkomen.

*Medische aspecten parallel aan de asielprocedure*

*De leden van de CDA-fractie vragen of de parallelle medische procedure slechts ambtshalve kan worden gestart of dat de asielzoeker ook zelf een aanvraag kan indienen.*

Dit kan beide. Het initiatief voor de parallelle procedure kan zowel bij de asielzoeker als bij de IND liggen. De eerste stap van de IND zal zijn om de asielzoeker te vragen toestemming te verlenen zodat het BMA gegevens kan opvragen bij de behandelend arts. Een parallelle procedure kan dus nooit buiten de asielzoeker om, of zonder zijn toestemming, worden gestart.

*De leden van de PvdA-fractie beoordelen de mogelijkheid van een parallelle medische procedure naast de asielprocedure als zeer positief. Naar hun mening zal dit de totale lengte van procedures kunnen bekorten, zal de groep ex-asielzoekers met medische problemen die een beroep doen op de opvang sterk afnemen en kan het de terugkeer vergemakkelijken. Deze leden willen weten welke effecten de staatssecretaris getalsmatig verwacht van deze maatregel. Tot hoeveel minder medische aanvragen na afloop van de asielprocedure kan dit leiden? De aan het woord zijnde leden hebben wel hun twijfels op welke momenten in de asielprocedure, anders dan in de RVT, medische problemen door de IND worden gesignaleerd. De staatssecretaris geeft aan dat bij afwijzing van het asielverzoek al naar medische aspecten moet zijn gekeken, maar wat houdt dit precies in? Op welke momenten in de procedure gebeurt dit? Wie neemt daarvoor het initiatief? Vindt de staatssecretaris dat de IND actief op zoek moet gaan naar medische aspecten om te voorkomen dat die toch pas helemaal aan het einde van de asielprocedure bekend worden? In welke gevallen/situaties benadert de IND het BMA met het verzoek om de behandelend arts te benaderen? Deze leden vinden het positief dat als in de beroepsfase sprake is van medische problematiek, deze middels een spoedadvies nog kan worden meegenomen. De vraag blijft hoe de IND dit kan signaleren. Kunnen daar afspraken over gemaakt worden met het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA)? Is de staatssecretaris het met deze leden eens dat de IND, om de parallelle procedure te kunnen starten, afhankelijk blijft van de asielzoeker? Als die geen signalen afgeeft, niet meewerkt en dergelijke, kan niet worden voorkomen dat alsnog pas na*

*afloop van de asielprocedure aan de medische procedure kan worden begonnen. Wat kan de staatssecretaris nog meer doen om dit zoveel mogelijk te voorkomen? Verschilt een spoedadvies van een regulier medisch advies?*

Redelijkerwijs kan worden verwacht dat er een matigend effect zal uitgaan van deze maatregelen in de verbeterde asielprocedure: zieke asielzoekers krijgen immers de gelegenheid hun medische problematiek al op vreemdelingrechtelijke consequenties te toetsen, parallel aan de asielprocedure. Een getalsmatige inschatting van hoeveel minder medische aanvragen na afloop van de asielprocedure nog worden gedaan, is echter niet te maken.

Zoveel als mogelijk beogen de in mijn brief aangekondigde maatregelen te bewerkstelligen dat gedurende de asielprocedure naar voren komt of sprake is van vreemdelingrechtelijk relevante medische problematiek. Het medische advies in de RVT staat de asielzoeker ten dienste om eventuele medische aspecten te laten onderzoeken en, indien aan de orde, dient ook de parallelle procedure dit doel. Het initiatief tot het medisch advies ligt, zoals de leden van de PvdA-fractie terecht stellen, uiteindelijk bij de asielzoeker die moet instemmen met deelname. Door middel van een uitnodiging tot deelname aan het medisch advies in de RVT en door voorlichting wordt geprobeerd de asielzoeker te stimuleren tot deelname en hem te wijzen op zijn belang daarbij.

Verder kan de IND – zoals reeds gebruikelijk – aanleiding zien om een arts in te schakelen/te consulteren in het geval een asielzoeker niet heeft deelgenomen aan het medische advies in de RVT en tijdens het horen in asiel blijkt dat sprake is van medische problematiek die interfereert met het horen. (Of in zo'n geval een beroep kan worden gedaan op de expertise van de sociaal geneeskundige in de RVT wordt in het PIVA project «medisch» onderzocht.)

Overigens geldt dat gedurende de asielprocedure zowel de asielzoeker en diens rechtsbijstandverlener als de IND het initiatief kunnen nemen tot het opstarten van een parallelle medische procedure. Als de resultaten van de medische procedure reeds bekend zijn tijdens de asielprocedure, zal de beslissing worden meegenomen in de meeromvattende beschikking. Als de uitkomsten pas bekend worden in de beroepsfase, zal bezien worden of deze ook nog, in het kader van de ex nunc toetsing, mee kunnen worden genomen in de rechterlijke beslissing, danwel in een beslissing parallel hieraan. Als de parallelle procedure wordt opgestart tijdens de beroepsfase en nog niet is afgerond als de rechter al wel over een oordeel betreffende het asielverzoek is gekomen, zal, indien nodig, tijdelijk artikel 64 Vw (inclusief recht op opvang) worden verleend, totdat ook de parallelle procedure is afgerond. De eerste stap van de IND in het geval van een parallelle procedure zal zijn om de asielzoeker te vragen een toestemmingsverklaring te ondertekenen waarmee het BMA de behandelend arts om informatie kan vragen. Indien de vreemdeling daar niet mee instemt, kan geen parallelle procedure worden opgestart. Voorlichting van zowel de asielzoeker en diens rechtsbijstandverlener over het belang van het (zo vroeg mogelijk) opstarten van de parallelle procedure speelt ook hier een belangrijke rol. Het kabinet doet hiermee het maximale om (de noodzaak van) herhaalde aanvragen tegen te gaan.

Wat betreft de vraag of afspraken kunnen worden gemaakt met het COA over signaleren van medische problematiek, ben ik bereid om met het COA te bezien in hoeverre het COA hierbij een rol zal kunnen spelen.

Met de term «spoedadvies» in mijn brief heb ik bedoeld een regulier medisch advies waar, gelet op de omstandigheden, extra prioriteit aan wordt gegeven.



*De leden van de SP-fractie merken op dat de beschreven parallelle procedure veel onduidelijk laat. Met name de afstemming met de medische beroepsgroep wordt inhoudelijk niet duidelijk. Deze leden vragen om een nadere uitleg op dit punt voor wat betreft de uitwerking in de praktijk.*

Gedurende de asielprocedure geldt dat zowel de asielzoeker en diens rechtsbijstandverlener als de IND het initiatief kunnen nemen tot het opstarten van een parallelle medische procedure. Als de resultaten van de medische procedure reeds bekend zijn tijdens de asielprocedure, zal de beslissing worden meegenomen in de meeromvattende beschikking. Als de uitkomsten pas bekend worden in de beroepsfase, zal bezien worden of deze ook nog, in het kader van de ex nunc toetsing, mee kunnen worden genomen in de rechterlijke beslissing, danwel in een beslissing parallel hieraan. Als de parallelle procedure wordt opgestart tijdens de beroepsfase en nog niet is afgerond als de rechter al wel over een oordeel betreffende het asielverzoek is gekomen, zal, indien nodig, tijdelijk artikel 64 Vw (inclusief recht op opvang) worden verleend, totdat ook de parallelle procedure is afgerond. De eerste stap van de IND in het geval van een parallelle procedure zal zijn om de asielzoeker te vragen een toestemmingsverklaring te ondertekenen waarmee het BMA de behandelend arts om informatie kan vragen. Indien de vreemdeling daar niet mee instemt, kan geen parallelle procedure worden opgestart. Voorlichting van zowel de asielzoeker en diens rechtsbijstandverlener over het belang van het (zo vroeg mogelijk) opstarten van de parallelle procedure speelt ook hier een belangrijke rol.

*De leden van de ChristenUnie-fractie merken op dat als er pas van medische problematiek blijkt na het medisch advies in de RVT en gedurende de asielprocedure, er zal worden getracht dit middels een spoedadvies nog mee te nemen in de meeromvattende beschikking. Deze leden verzoeken nader toe te lichten wat wordt verstaan onder een spoedadvies en op welke wijze de zorgvuldigheid bij de totstandkoming van een spoedadvies gewaarborgd is.*

Met de term «spoedadvies» in mijn brief heb ik bedoeld een regulier medisch advies waar, gelet op de omstandigheden, extra prioriteit aan wordt gegeven.

*Het (reguliere) medische toelatingskader*

*De leden van de CDA-fractie merken op dat gesteld wordt dat artikel 64 Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000) rechtmatig verblijf en recht op opvang geeft, maar geen verblijfsvergunning. Deze leden vragen voor wiens rekening de kosten voor medische behandeling komen.*

*De aan het woord zijnde leden lezen dat gesteld wordt dat enerzijds er vooralsnog geen aanleiding is om in zijn algemeenheid af te stappen van de lijn dat beschikbaarheid van de behandeling maatgevend is voor de besluitvorming. Anderzijds wordt gesteld dat, mede naar aanleiding van recente jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden, op dit moment wordt onderzocht of het beleid aangepast dient te worden. Kan worden aangegeven in welke richting deze jurisprudentie gaat? Wanneer zal naar verwachting de Kamer op de hoogte worden gesteld van de resultaten van dit onderzoek?*

*Voor genoemde leden vragen of het klopt dat BMA-artsen met enige regelmaat door het medisch tuchtcollege op de vingers worden getikt vanwege onzorgvuldigheden in de medische advisering of het doen van uitlatingen op niet-medisch gebied.*

*Deze leden lezen verder dat de Commissie Klazinga heeft geadviseerd om de beoordeling of behandel mogelijkheden beschikbaar zijn in het land van*

*herkomst niet bij artsen onder te brengen. Welke oplossing staat de Commissie Klazinga voor ogen? In afwijking van de Commissie Klazinga wordt gesteld dat 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 medische expertise vereist is. Langs welke wegen vergewissen Nederlandse medici zich ervan dat daadwerkelijke behandel mogelijkheden en medicijnen in het land van herkomst aanwezig zijn?*

Artikel 64 geeft (ook nu reeds), op basis van de Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën vreemdelingen (Rva), recht op verstrekkingen, waaronder de dekking van ziektekosten. De kosten voor medische behandeling komen voor rekening van het COA, dat hiertoe een contract heeft afgesloten met Menzis.

De desbetreffende jurisprudentie ziet op zaken waarin door het BMA is aangegeven dat een vreemdeling (niet) kan reizen tenzij de medische behandeling na de reis in het land van herkomst wordt overgenomen door een arts of instelling. De uitspraken houden in dat de Nederlandse overheid zich in het kader van een aanvraag om een verblijfsvergunning of verzoek om toepassing van 64 Vw ervan dient te vergewissen dat het mogelijk is dat bij verwijdering aan de door het BMA gestelde reisvoorwaarden wordt voldaan. In de gevallen dat de voorwaarde is gesteld dat een fysieke overdracht aan een behandelaar of instelling in het land van herkomst plaats moet vinden, dient ook nader inzicht te worden gegeven in de redenen waarom geoordeeld wordt dat een dergelijke overdracht ook feitelijk mogelijk is. Na bestudering van de desbetreffende uitspraken is geconcludeerd dat beleidsaanpassing (vooralsnog) niet aan de orde is. Uiteraard wordt de jurisprudentie op dit punt nauwlettend gevolgd.

Uiteraard kan elke arts, dus ook een BMA-arts, een tuchtklacht krijgen bij vermeend onzorgvuldig handelen. Aangezien adviezen van het BMA een belangrijke rol kunnen spelen in vreemdelingenrechtelijke procedures, worden conclusies van een BMA-arts niet zelden aangevochten indien deze voor de vreemdeling niet gunstig zijn. Zo hebben veel van de klachten bij het medisch Tuchtcollege niet zo zeer betrekking op onzorgvuldigheden in de medische advisering zelf, maar worden gebruikt om staand vreemdelingenbeleid de medisch adviseur in persoon te verwijten. Een veel voorkomende tuchtklacht is bijvoorbeeld de vraag of een behandeling die naar objectief-medische maatstaven beschikbaar is in het land van herkomst wel effectief is voor de persoon op wie het advies betrekking heeft. Het beoordelen van de effectiviteit van een behandeling hangt echter van zoveel (niet-medische) factoren af dat het voor de medisch adviseur niet te doen is hierover een goed onderbouwde uitspraak te doen binnen het medisch deskundigheidsgebied. Verder is er discussie over de medische noodsituatie. Van de inschatting daarvan door de medisch adviseur hangt veel af, daarvan zijn de medisch adviseurs van BMA zich ook terdege bewust. Ook hier doet zich een spanningsveld voor: de medisch adviseur wordt gevraagd te beoordelen wat het gevolg is van het uitblijven van de behandeling. De vreemdeling, zijn advocaat en vaak ook zijn behandelaars zijn gefocust op de gevolgen van terugkeer. De medisch adviseur spreekt zich daarover niet uit en ook dat wil wel eens onderdeel zijn van het tuchtrechtelijk debat.

De medisch adviseur is onafhankelijk. De medisch adviseurs van het BMA zijn weliswaar in dienst van het ministerie van Justitie of worden door het ministerie van Justitie betaald als zij extern werkzaam zijn, maar zij worden in de advisering niet gestuurd door de IND. Wel formuleert de IND de door de medisch adviseur te beantwoorden vraagstelling. Sommigen zien daarin een bewijs voor de niet-onafhankelijke positie van BMA, echter

dit is onterecht. De vraagstelling aan het BMA vloeit immers rechtstreeks voort uit het vreemdelingenbeleid. Dat beleid is voor de adviserende arts een gegeven. Anderen, de vreemdeling, advocaat en behandelaars vinden dat de medisch adviseur zich over méér zou moeten uitspreken dan enkel de vragen die hem worden voorgelegd omdat dit zou passen bij de rol van de arts. De tuchtrechter stelt daarover wel eens kritische vragen, maar heeft tot dusver nooit geoordeeld dat een arts in strijd met de zorgvuldigheidsnorm handelt door binnen de gegeven vraagstelling te blijven.

De Commissie Klazinga adviseert de IND zelf de verantwoordelijkheid te laten nemen voor het oordeel over de beschikbaarheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst. De Commissie adviseert de IND om daarbij af te gaan op informatie van meerdere bronnen, waaronder rapporten van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), de Verenigde Naties en medische hulporganisaties ter plekke.

In afwijking van de Commissie Klazinga stel ik dat 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 medische expertise is vereist.

De artsen van BMA dienen te onderzoeken of op enige plek de medische behandeling in het land van herkomst aanwezig cq beschikbaar is voor de specifieke individuele klachten zoals de betrokkene die heeft. BMA zoekt niet uit of de beschikbare medische behandeling voor de betreffende persoon daadwerkelijk toegankelijk is; dat hangt af van niet-medische factoren, zoals onder meer politieke, veiligheids-, geografische, economische en inkomensaspecten en valt dus buiten het medisch deskundigheidsgebied en verder is deze toegankelijkheidsbeoordeling ook in het kader van staand vreemdelingenbeleid niet van belang. Bij het onderzoek naar de behandelmogelijkheden en medicijnen in het land van herkomst maakt de medisch adviseur met name gebruik van de volgende informatiebronnen:

- informatie van International SOS, een wereldwijd opererende organisatie, die op verzoek van BMA specifieke medische informatie omtrent de beschikbare behandelmogelijkheden in verschillende landen verstrekt;
- vertrouwensartsen die specifiek voor BMA worden aangetrokken via het Ministerie van Buitenlandse Zaken; dit betreffen artsen die werkzaam zijn in het land waar zij informatie over verstrekken.

Bij de advisering kan ook gebruik worden gemaakt van de bronnen die reeds bekend zijn bij BMA. Indien deze informatie ontoereikend is, kan een nieuw verzoek om informatie worden gericht aan International SOS of de vertrouwensartsen. Zowel aan de vertrouwensartsen als aan International SOS kunnen daarnaast individuele medische casus worden voorgelegd. Op die manier wordt gericht op de specifieke individuele klachten de beschikbare behandelmogelijkheden/medicijnen uitgezocht. Rapportages van WHO zijn hiervoor vaak te algemeen. De epidemiologische inschattingen in WHO- en UNAIDS-rapporten betreffen een geheel ander soort informatie; het beschrijft niet specifieke medische behandelmogelijkheden voor specifieke klachten in een bepaalde kliniek in een bepaalde stad zoals bij International SOS of de vertrouwensartsen het geval is. Deze informatie is in het algemeen niet van minder waarde maar niet vergelijkbaar met de informatie van International SOS of de vertrouwensarts en betreft dus een geheel andere beoordeling dan die aan BMA wordt gevraagd.

*De leden van de PvdA-fractie kunnen zich grotendeels vinden in de maatregelen met betrekking tot het medisch toelatingskader, zoals die in de brief staan. Klopt het dat aan uitgeprocedeerde asielzoekers die tijdens de asielprocedure hun medische problemen kenbaar maken (en ten aanzien*

*van wie de parallelle procedure is gestart) opvang wordt verleend, in afwachting van de beslissing op die medische aanvraag? Welk moment tijdens de asielprocedure is dan het uiterste moment waarop de asielzoeker die medische problemen kenbaar moet maken, om de opvang na afloop van de asielprocedure te behouden?*

*Ten aanzien van de beschikbaarheid/feitelijke toegankelijkheid vernemen deze leden graag op welke wijze het beleid dient te worden aangepast naar aanleiding van de jurisprudentie van de Raad van State. Vindt de staatssecretaris dat sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden neerkomen op een voorwaarde voor feitelijke toegankelijkheid?*

*De aan het woord zijnde leden vinden het jammer dat de conclusie van de commissie Klazinga ten aanzien van wie beoordeelt of behandel mogelijkheden beschikbaar zijn in het land van herkomst, niet overneemt. Deze leden vragen welke aanvullende medische expertise precies vereist is bij die beoordeling, naast die van de behandelend arts? Worden artsen van het BMA (tuchtrechtelijk) niet in een lastige positie gebracht doordat zij deze beoordeling moeten maken?*

Als de asielprocedure al is afgerond maar de medische (parallelle) procedure nog niet, wordt artikel 64 Vw toegepast in afwachting van de beslissing op de medische aanvraag. Hiermee wordt voorkomen dat deze vreemdelingen op straat terechtkomen.

Een parallelle procedure kan worden gestart tot de beslissing op de asiel-aanvraag in de beroepsfase. Als de parallelle procedure wordt opgestart tijdens de beroepsfase en nog niet is afgerond als de rechter al wel over een oordeel betreffende het asielverzoek is gekomen, zal, indien nodig, tijdelijk artikel 64 Vw (inclusief recht op opvang) worden verleend, totdat ook de parallelle procedure is afgerond.

De desbetreffende jurisprudentie ziet op zaken waarin door het Bureau Medische Advisering (BMA) is aangegeven dat een vreemdeling (niet) kan reizen tenzij de medische behandeling na de reis in het land van herkomst wordt overgenomen door een arts of instelling. De uitspraken houden in dat de Nederlandse overheid zich in het kader van een aanvraag om een verblijfsvergunning of verzoek om toepassing van 64 Vw ervan dient te vergewissen dat het mogelijk is dat bij verwijdering aan de door het BMA gestelde reisvoorwaarden wordt voldaan. In de gevallen dat de voorwaarde is gesteld dat een fysieke overdracht aan een behandelaar of instelling in het land van herkomst plaats moet vinden, dient ook nader inzicht te worden gegeven in de redenen waarom gedacht wordt dat een dergelijke overdracht ook feitelijk mogelijk is. Na bestudering van de desbetreffende uitspraken is geconcludeerd dat beleidsaanpassing (vooral nog) niet aan de orde is. Uiteraard wordt de jurisprudentie op dit punt nauwlettend gevolgd.

In sommige gevallen stelt BMA als reisvoorwaarde dat de vreemdeling niet kan reizen tenzij de medische behandeling na de reis in het land van herkomst wordt overgenomen door een arts of instelling. De verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid strekt dan tot dat moment van overdracht. Feitelijke toegankelijkheid is een breder begrip.

In het medisch advies wordt de beoordeling van de informatie uit het land van herkomst afgewogen tegen de individuele medische situatie van de vreemdeling. Dit is nu juist een adviestaak die bij een medisch adviseur hoort en niet bij de behandelend arts conform de KNMG-richtlijnen. Het gaat dus niet om specifieke medische kennis die een behandelend arts zou missen om deze beoordeling te doen maar om een maximaal objectieve beoordeling van deze informatie én kennis van de relevante criteria, zoals wat er precies met beschikbaarheid bedoeld wordt. Een behande-

lend arts mag conform de KNMG-richtlijnen geen medische verklaringen afleggen over bijvoorbeeld de behandel mogelijkheden in het land van herkomst. Het geven van een advies, dat een ander doel dient dan behandeling/ begeleiding, moet objectief en deskundig gebeuren en derhalve door een onafhankelijke arts die deskundigheid heeft op het gebied waarop de vraagstelling zich afspeelt. Daarnaast beschikt een behandelend arts meestal niet over de specifieke deskundigheid die nodig is voor het geven van een waardeoordeel. Ook is de arts veelal niet op de hoogte van de medische criteria (zoals bijvoorbeeld wat er precies bedoelt wordt met de beschikbaarheid van behandel mogelijkheden in het land van herkomst) waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft (zoals de IND), toetst. Een andere reden waarom een behandelend arts geen geneeskundige verklaring mag afgeven is om de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts niet te schaden. Deze relatie kan aangetast worden als het oordeel dat de arts geeft in zijn geneeskundige verklaring geeft niet gunstig uitpakt voor zijn patiënt.

BMA-artsen zijn op de hoogte van de individuele klachten en specifieke behandeling van de vreemdeling. Voor de beoordeling van de aanwezigheid cq beschikbaarheid van de behandeling op enige plek in het land van herkomst wordt door hen gebruik gemaakt van informatie van ter plekke werkzame artsen van International SOS en de vertrouwensartsen.

Zoals reeds is geantwoord aan de leden van de CDA-fractie met betrekking tot tuchtrechtelijke procedures tegen BMA-artsen het volgende. Uiteraard kan elke arts, dus ook een BMA-arts, een tuchtklacht krijgen bij vermeend onzorgvuldig handelen. Aangezien adviezen van het BMA een belangrijke rol kunnen spelen in vreemdelingenrechtelijke procedures, worden conclusies van een BMA-arts niet zelden aangevochten indien deze voor de vreemdeling niet gunstig zijn. Zo hebben veel van de klachten bij het medisch Tuchtcollege niet zo zeer betrekking op onzorgvuldigheden in de medische advisering zelf, maar worden gebruikt om staand vreemdelingenbeleid de medisch adviseur in persoon te verwijten. Een veel voorkomende tuchtklacht is bijvoorbeeld de vraag of een behandeling die naar objectief-medische maatstaven beschikbaar is in het land van herkomst wel effectief is voor de persoon op wie het advies betrekking heeft. Het beoordelen van de effectiviteit van een behandeling hangt echter van zoveel (niet-medische) factoren af dat het voor de medisch adviseur niet mogelijk is hierover een goed onderbouwde uitspraak te doen binnen het medisch deskundigheidsgebied. Verder is er discussie over de medische nood situatie. Van de inschatting daarvan door de medisch adviseur hangt veel af, daarvan zijn de medisch adviseurs van BMA zich ook terdege bewust. Ook hier doet zich een spanningsveld voor: de medisch adviseur wordt gevraagd te beoordelen wat het gevolg is van het uitblijven van de behandeling. De vreemdeling, zijn advocaat en vaak ook zijn behandelaars richten zich op de gevolgen van terugkeer. De medisch adviseur spreekt zich daarover niet uit en dat wil ook wel eens onderdeel zijn van het tuchtrechtelijk debat.

De medisch adviseur is onafhankelijk. De medisch adviseurs van het BMA zijn weliswaar in dienst van het Ministerie van Justitie of worden door het Ministerie van Justitie betaald als zij extern werkzaam zijn, maar zij worden in de advisering niet gestuurd door de IND. Wel bepaalt de IND de vraagstelling en die is leidend voor de medisch adviseurs. Sommigen zien daarin een bewijs voor de niet-onafhankelijke positie van BMA, echter dit is onterecht. De vraagstelling aan het BMA vloeit immers rechtstreeks voort uit het vreemdelingenbeleid. Dat beleid is voor de adviserende arts een gegeven. Hij kan daar niet in treden. Anderen, de vreemdeling, advocaat en behandelaars vinden dat de medisch adviseur zich over méér zou moeten uitspreken dan enkel de vragen die hem worden voorgelegd omdat dit zou passen bij de rol van de arts. De tuchtrechter stelt daarover



wel eens kritische vragen, maar heeft tot dusver nooit geoordeeld dat een arts in strijd met de zorgvuldigheidsnorm handelt door binnen de gegeven vraagstelling te blijven.

*De leden van de SP-fractie merken op dat de reguliere medische procedure drastisch wordt gewijzigd. Waarom wordt er gekozen voor afschaffing van de verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie? Deelt de staatssecretaris dat verblijf op grond van artikel 64 Vw 2000 wezenlijk anders is? Wat gaat er gebeuren met chronisch zieken die na verloop van één jaar nog medische behandeling behoeven? Welke procedure zal dan worden gevolgd en op welke grond zal dan mogelijk verblijf worden gegeven? Deze leden blijven onverminderd van mening dat de toegankelijkheid van de zorg in het land van herkomst een rol moet spelen bij de beoordeling van een aanvraag. De mate waarin zorg beschikbaar is kan niet worden genegeerd omdat daaruit al een indicatie kan blijken of de zorg voor het individuele geval toegankelijk is. Niet alleen de beschikbaarheid, maar vooral ook de objectief vast te stellen mate van beschikbaarheid moet naar mening van deze leden een rol spelen bij de beoordeling. Deelt de staatssecretaris deze mening?*

Reguliere toelating op medische gronden is op dit moment op verschillende manieren mogelijk. Ik wil de verscheidenheid aan reguliere toelatingsvormen op medische gronden vereenvoudigen. Dit houdt in dat een reguliere vergunning voor medische behandeling in de toekomst alleen nog open staat voor de vreemdeling voor wie die is bedoeld en dus aan alle voorwaarden voor de vergunning «medische behandeling» voldoet (voorwaarden: Nederland als meest aangewezen land voor de behandeling, noodzakelijke behandeling, deugdelijke financiering en de van toepassing zijnde voorwaarden van artikel 16 Vw). In overige gevallen moet terugkeer het perspectief zijn. Het verlenen van een verblijfsvergunning past daar niet bij. Immers, het uitgangspunt van rechtmatig verblijf in Nederland vanwege een medische noodsituatie is dat het verblijf tijdelijk is totdat vertrek weer verantwoord is. De vreemdeling wordt tijdelijk in Nederland voor zijn medische problemen behandeld. Uitstel van vertrek op basis van artikel 64 Vw in plaats van een verblijfsvergunning doet meer recht aan deze situatie. Artikel 64 Vw geeft rechtmatig verblijf maar geen verblijfsvergunning en is in die zin anders. Het inhoudelijk toetsingskader verandert echter niet en artikel 64 Vw geeft bovendien recht op opvang en medische zorg. Na een jaar artikel 64 Vw kan op aanvraag een tijdelijke verblijfsvergunning regulier op medische gronden worden verleend. Het is dan namelijk redelijk om naar een bestendig verblijfsrecht met de daarbij behorende rechten over te gaan. Na een jaar artikel 64 Vw en twee jaar verblijf als houder van een verblijfsvergunning regulier op medische gronden (niet zijnde een vergunning voor medische behandeling) kan de vreemdeling een aanvraag doen voor een verblijfsvergunning onder de beperking «voortgezet verblijf». Indien op dat moment nog steeds aan alle voorwaarden wordt voldaan kan de tijdelijke vergunning worden omgezet naar een vergunning voor voortgezet verblijf.

Zoals in mijn brief van 7 oktober 2009 over rechtsbijstand en medische problematiek in het vreemdelingenbeleid ook is meegedeeld, 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. Zo is in reactie op aanbevelingen van de Commissie Smeets de Kamer in 2004 reeds bericht dat de vraag naar de feitelijke toegankelijkheid tot de medische zorg voor een individu geen medische vraag is die door de artsen van het BMA kan worden beantwoord, aangezien de beantwoording van deze vraag mede zal afhangen van niet medische factoren zoals financiële, geografische en infrastructurele



factoren, politieke omstandigheden enzovoort.<sup>1</sup> Een dergelijke beoordeling valt buiten het medisch competentiegebied en het is niet mogelijk gefundeerde uitspraken te doen over de individuele toegankelijkheid. Dit uitgangspunt vindt steun in de Medische Tuchtrechtspraak. Een criterium van 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. Een dergelijke individuele toetst is niet alleen vaak vanuit Nederland niet goed mogelijk, maar zou ook leiden tot onrechtvaardigheden. Dezelfde bezwaren gelden thans nog.

*De leden van de PVV-fractie begrijpen dat de staatssecretaris voornemens is om vreemdelingen aan wie op grond van artikel 64 Vw 2000 uitstel van vertrek is verleend en die na een jaar nog steeds aan de voorwaarden voldoen als genoemd in dat artikel, in aanmerking te laten komen voor een verblijfsvergunning regulier op medische gronden. Hierbij zullen niet alle voorwaarden voor regulier verblijf worden tegengeworpen, zoals bijvoorbeeld het mvv-vereiste. Deze leden zijn de mening toegedaan dat de hier genoemde termijn van één jaar te kort is. Waarom wordt al op een zo korte termijn overgegaan tot het verlenen van een reguliere verblijfsvergunning op medische gronden?*

*De aan het woord zijnde leden vragen om nader te motiveren waarom uitgeprocedeerde asielzoekers die een beroep doen op toelating tot Nederland op medische gronden, maar die hebben nagelaten deze gronden al tijdens het medisch advies of anderszins in te brengen, niet kunnen worden uitgesloten van het indienen van vervolgaanvragen. Op deze wijze kunnen vreemdelingen, ondanks de aangekondigde maatregelen, immers doorgaan met het zogenaamde procedurestapelen.*

Artikel 64 Vw wordt voor maximaal een jaar verleend omdat het redelijk is na dat jaar, en indien nog steeds aan de voorwaarden wordt voldaan, over te gaan naar een bestendig verblijfsrecht. Er is dan immers uit het BMA-advies gebleken dat de medische behandeling naar verwachting in ieder geval nog langer duurt dan een jaar. Aangenomen moet dan worden dat er sprake is van ernstige medische problematiek bij de betreffende vreemdeling en bovendien moet rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de vreemdeling wegens de medische problematiek permanent in Nederland blijft. Het aldoor toepassen van uitstel van vertrek op basis van artikel 64 Vw past daar niet bij. Op enig moment (in dit geval een jaar) is het aan de Nederlandse overheid om aan de vreemdeling met ernstige medische problematiek een verblijfsvergunning te verlenen, met de daarbij behorende rechten. Overigens is de op dat moment te verlenen verblijfsvergunning nog voor bepaalde tijd.

Medische problematiek kan ook later in de procedure aan het licht komen (denk bijvoorbeeld aan psychische problematiek) of pas later ontstaan. Medische problematiek zal altijd moeten worden onderzocht.

Dit geldt ook voor uitgeprocedeerde asielzoekers met medische vervolgaanvragen die hun medische problematiek niet eerder aan de orde hebben gesteld: ook in dit geval is het niet mogelijk op voorhand uit te sluiten dat de medische problematiek pas na de asielprocedure is ontstaan, aan het licht gekomen of verergerd. Overigens is het bedoeling om met behulp van adequate voorlichting het aantal deelnemers aan het medisch advies te maximaliseren.

*De leden van de GroenLinks-fractie verbazen zich erover dat het lijkt dat medische aspecten eerder leiden tot een artikel 64 status dan tot een verblijfsvergunning. Deze leden vragen of het wenselijk is om zieke vreemdelingen een uitgeklede, tijdelijke status toe te kennen met het oog op non-uitzetbaarheid. Ligt het niet veel meer in de rede om niet op basis*

<sup>1</sup> Brief van 19 maart 2004 (Kamerstukken II, 2003/04, 19 637, nr. 806)

*van artikel 64 Vw 2000 verblijf toe te staan, maar gewoon op basis van een verblijfsvergunning? Dat zou de gemoedsrust en het welbevinden van zieke vreemdelingen, denk aan AIDS-patiënten, ten goede komen.*

Het uitgangspunt van rechtmatig verblijf in Nederland vanwege een medische noodsituatie is ook nu al dat het verblijf tijdelijk van aard is. Immers, de vreemdeling wordt tijdelijk in Nederland voor zijn medische problemen behandeld totdat vertrek weer verantwoord is. Het perspectief van deze vreemdeling moet dan ook in beginsel terugkeer zijn. Uitstel van vertrek doet meer recht aan de tijdelijkheid van dit verblijf dan het verlenen van een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie. Het inhoudelijk toetsingskader verandert echter niet en artikel 64 Vw geeft bovendien recht op opvang en medische zorg. Overigens heeft «onuitzetbaarheid» waarover de leden van de GroenLinks-fractie spreken, meer te maken met het niet kunnen realiseren van de reisvoorwaarden dan het toepassen van uitstel van vertrek of het verlenen van een verblijfsvergunning. Uitstel van vertrek wordt namelijk toegepast indien het, gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling, niet verantwoord is om te reizen en dus niet omdat de vreemdeling onuitzetbaar is. Na een jaar artikel 64 Vw kan een verblijfsvergunning op medische gronden worden verleend. Het is dan namelijk redelijk om naar een bestendig verblijfsrecht met de daarbij behorende rechten over te gaan.

*De leden van de ChristenUnie-fractie hebben een aantal vragen over de positie van vreemdelingen van wie op voorhand duidelijk is dat zij langer dan een jaar behandeld moeten worden. Bijvoorbeeld patiënten met chronische, levenslange medische problemen zoals HIV/Aids, nierinsufficiënte, dialyseafhankelijkheid, hypertensie met orgaanschade, ernstige psychische klachten en kanker. Voor deze groep lijkt de vereenvoudiging te leiden tot ingrijpende verslechtering, nu eerst op basis van artikel 64 Vw 2000 een uitstel van vertrek zal worden verleend. Gedurende dit jaar worden zij gehuisvest in de centrale opvang en ontvangen zij een toelage op grond van de regeling verstrekkingen asielzoekers, daar waar een verblijfsvergunning recht geeft op normale voorzieningen. Daarna volgt alsnog een beoordeling die materieel niet lijkt te wijzigen. Deze leden verzoeken nader toe te lichten waarom voor deze groep vreemdelingen deze verslechtering gerechtvaardigd is. Zij verzoeken daarbij tevens in te gaan op de volgende vragen. Hoeveel vreemdelingen hebben de afgelopen vijf jaren een verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie gekregen? Is de staatssecretaris voornemens na een jaar dezelfde beoordeling te laten plaatsvinden die nu na de aanvraag plaats vindt, of zal er sprake zijn van een vereenvoudigd toetsingskader? Leidt het introduceren van twee toetsmomenten niet tot extra lasten voor de IND en het BMA, nu zij bij een eerste aanvraag moeten adviseren over het verlenen van een artikel 64 status en een jaar later alsnog beslist moet worden over de vraag of aan een vreemdeling wel of geen verblijfsvergunning op grond van medische redenen moet worden verstrekt?*

*Met betrekking tot de informatie over de behandelmogelijkheden in het land van herkomst, vragen de aan het woord zijnde leden of de staatssecretaris bereid is om de beschikbare landeninformatie te vergelijken met de informatie van internationaal erkende bronnen, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) of het programma van de Verenigde Naties tegen AIDS (UNAIDS).*

*De aan het woord zijnde leden merken op dat de staatssecretaris stelt dat mede naar aanleiding van recente jurisprudentie van de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State inzake sommige door BMA gestelde reisvoorwaarden op dit moment wordt onderzocht of het beleid aangepast dient te worden. Wanneer kan de Kamer de resultaten van dit onderzoek verwachten? Op welke wijze wordt gewaarborgd dat in de tussentijd niet strijdig met de recente jurisprudentie wordt gehandeld?*

Als uitgangspunt bij verblijf in de opvang geldt dat het totale dekkingpakket van de Wet werk en bijstand de richtlijn vormt voor de aard en de omvang van de geboden voorzieningen in de opvang. Uitgangspunt is derhalve dat een asielzoeker in de opvang materieel niet in een slechtere positie verkeert dan een vergunninghouder die in de gemeente verblijft. Een asielzoeker krijgt niet hetzelfde bedrag uitgekeerd als een bijstandsgerechtigde, maar ontvangt daarnaast andere verstrekkingen die een bijstandsgerechtigde zelf moet bekostigen. Een belangrijke component van de kosten die ten behoeve van een asielzoeker gemaakt worden betreft bijvoorbeeld de huisvestingskosten die een bijstandsgerechtigde uit zijn uitkering moet bekostigen.

Uit de IND-gegevens blijkt dat in de periode van 1 mei 2004 tot 1 november 2009 920 verblijfsvergunningen regulier bepaalde tijd op medische gronden zijn verleend (zowel voor het ondergaan van medische behandeling als vanwege een medische noodsituatie). Hierbij wordt opgemerkt dat uit de geautomatiseerde systemen van de IND *niet* achterhaald kan worden hoeveel verblijfsvergunningen regulier voor bepaalde tijd vanwege een *medische noodsituatie* zijn verleend. Indien een vreemdeling een aanvraag indient om verlening van een verblijfsvergunning voor het ondergaan van medische behandeling en hij niet hiervoor in aanmerking komt wordt ambtshalve ook getoetst of hij in aanmerking komt voor een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie. De verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie hoeft namelijk niet separaat te worden aangevraagd. Aangezien de gegevens betreffende het aantal aanvragen dat is ingewilligd gekoppeld zijn aan het aangegeven verblijfsdoel wordt – indien de vreemdeling een aanvraag om een verblijfsvergunning voor het ondergaan van medische behandeling indient, maar een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie krijgt – deze verblijfsvergunning in de geautomatiseerde systemen onder «medische behandeling» geregistreerd.

Het uitgangspunt van rechtmatig verblijf in Nederland vanwege een medische noodsituatie is ook nu al dat het verblijf tijdelijk van aard is. Immers, de vreemdeling wordt tijdelijk in Nederland voor zijn medische problemen behandeld totdat vertrek weer verantwoord is. Het perspectief van deze vreemdeling moet dan ook in beginsel terugkeer zijn. Uitstel van vertrek doet meer recht aan de tijdelijkheid van dit verblijf dan het verlenen van een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie. Artikel 64 Vw geeft rechtmatig verblijf, recht op opvang en recht op medische zorg. Er is in die zin dus geen verslechtering en het inhoudelijk toetsingskader verandert niet.

Na een jaar artikel 64 Vw kan een verblijfsvergunning op medische gronden worden verleend indien aan de voorwaarden wordt voldaan zoals die nu ook gelden. Het is dan namelijk redelijk om naar een bestendig verblijfsrecht met de daarbij behorende rechten over te gaan. Na een jaar artikel 64 Vw en twee jaar verblijf als houder van een verblijfsvergunning regulier op medische gronden (niet zijnde een vergunning voor medische behandeling) kan de vreemdeling een aanvraag doen voor een verblijfsvergunning onder de beperking «voortgezet verblijf». Indien op dat moment nog steeds aan alle voorwaarden wordt voldaan kan de tijdelijke vergunning worden omgezet naar een vergunning van niet-tijdelijke aard.

De vereenvoudiging van het toelatingsstelsel zal niet leiden tot extra lasten. In het huidige stelsel is ook nu al sprake van meerdere toetsmomenten. Immers, een verblijfsvergunning «medische nood» wordt, bij besluit van de IND op grond van een BMA advies, in eerste instantie voor een jaar verleend en vindt ten behoeve van een eventuele verlenging een nieuwe beoordeling plaats door de IND. Hierbij zal, indien de medische

situatie daar aanleiding toe geeft, het BMA wederom om advies worden gevraagd.

De toepassing van artikel 64 Vw in de staande praktijk geldt voor een periode van maximaal één jaar. Bij een eventueel nieuw beroep van de vreemdeling op artikel 64 Vw volgt een tweede toetsmoment. Dit is dus niet anders dan nu.

Informatie van de WHO en UNAIDS betreft vaak algemene epidemiologische informatie over gezondheidszorgstelsels in de verschillende landen. Aan BMA wordt in het kader van staand vreemdelingenbeleid in de adviesaanvragen geen epidemiologische inschatting gevraagd om de gezondheidszorgsituatie in het algemeen van een land te beoordelen. De beoordeling die aan BMA gevraagd wordt is of er op enige plek in een land voldoende medische behandelmogelijkheden beschikbaar cq aanwezig zijn voor specifieke medische klachten (die een vreemdeling heeft) en zo ja op welke wijze. BMA zoekt dit in het algemeen uit via vertrouwensartsen die werkzaam zijn in de betreffende landen of via International SOS. Voor deze beoordeling zijn dus de WHO- en UNAIDS-rapporten veel te algemeen en geven geen antwoord op de voorgelegde vragen aan BMA. De epidemiologische inschattingen in WHO- en UNAIDS-rapporten betreffen dus een geheel ander soort informatie; het beschrijft niet specifieke medische behandelmogelijkheden voor specifieke klachten in een bepaalde kliniek in een bepaalde stad zoals bij International SOS of de vertrouwensartsen het geval is. Deze informatie is in het algemeen niet van minder waarde maar niet vergelijkbaar met de informatie van International SOS of de vertrouwensarts en betreft dus een geheel andere beoordeling dan die aan BMA wordt gevraagd.

De desbetreffende jurisprudentie ziet op zaken waarin door het Bureau Medische Advisering (BMA) is aangegeven dat een vreemdeling (niet) kan reizen tenzij de medische behandeling na de reis in het land van herkomst wordt overgenomen door een arts of instelling. De uitspraken houden in dat de Nederlandse overheid zich in het kader van een aanvraag om een verblijfsvergunning of verzoek om toepassing van 64 Vw ervan dient te vergewissen dat het mogelijk is dat bij verwijdering aan de door het BMA gestelde reisvoorwaarden wordt voldaan. In de gevallen dat de voorwaarde is gesteld dat een fysieke overdracht aan een behandelaar of instelling in het land van herkomst plaats moet vinden, dient ook nader inzicht te worden gegeven in de redenen waarom gedacht wordt dat een dergelijke overdracht ook feitelijk mogelijk is. Na bestudering van de desbetreffende uitspraken is geconcludeerd dat beleidsaanpassing (vooralsnog) niet aan de orde is. Uiteraard wordt de jurisprudentie op dit punt nauwlettend gevolgd.

#### *Commentaren derden*

*De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van enkele commentaren die over de brief aan de Kamer zijn gestuurd. Daarin wordt onder meer gesteld dat de wijziging van het (reguliere) medische toelatingskader en de vervanging van de verblijfsvergunning vanwege medische noodsituatie door een (uitstel van vertrek-)status op grond van artikel 64 Vw 2000 een ingrijpende verslechtering betekent gedurende het eerste jaar voor vreemdelingen waarvan op voorhand duidelijk zou zijn dat zij langer dan een jaar moeten worden behandeld (bijvoorbeeld patiënten met HIV/AIDS, nierinsufficiëntie, e.d.). Dit «verblijfstechnisch niemandsland» zou ertoe leiden dat de druk op ziekenhuizen en gemeenten toeneemt omdat die zouden worden geconfronteerd bijvoorbeeld met ernstig zieke illegale vreemdelingen. Verder zou niet duidelijk zijn welke voorwaarden (deugdelijke financiering) worden gesteld indien na een jaar een verblijfsvergunning wordt verstrekt. Evenmin zou duidelijk zijn of een*

*dergelijke medische verblijfsvergunning ambtshalve of op aanvraag kan worden verstrekt en of die vergunning op enig moment kan worden ongezet in een verblijfsvergunning voor «voortgezet verblijf».* Ook wordt gesteld dat de informatie over behandel mogelijkheden in de landen van herkomst onvolledig en onzorgvuldig is en dat de bronnen van landeninformatie oncontroleerbaar en onbetrouwbaar zijn en dat de ACVZ en de Commissie Klazinga in verband daarmee hebben geadviseerd die informatie af te zetten tegen informatie uit internationaal erkende bronnen zoals de WHO en UNAIDS. Deze leden vragen of deze kritiekpunten aan de orde zijn geweest in de in de brief genoemde stuurgroep. Zij zien graag een reactie op deze kritiekpunten tegemoet. Zij vragen ook of van de in de brief genoemde «medische» organisaties die in de stuurgroep hebben geparticipeerd er ook waren die overwegend konden instemmen met de in de brief geschetste maatregelen.

Het uitgangspunt van rechtmatig verblijf in Nederland vanwege een medische noodsituatie is ook nu al dat het verblijf tijdelijk van aard is. Immers, de vreemdeling wordt tijdelijk in Nederland voor zijn medische problemen behandeld totdat vertrek weer verantwoord is. Het perspectief van deze vreemdeling moet dan ook in beginsel terugkeer zijn. Uitstel van vertrek doet meer recht aan de tijdelijkheid van dit verblijf en het behouden van perspectief op vertrek dan het verlenen van een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie. Artikel 64 Vw geeft rechtmatig verblijf, recht op opvang en recht op medische zorg. Er is dus geen sprake van een «verblijfstechisch niemandsland», noch van ernstig zieke illegalen die een druk op gemeenten of ziekenhuizen leggen. Er is in die zin dus geen verslechtering en het inhoudelijk toetsingskader verandert niet. Na een jaar artikel 64 Vw kan een tijdelijke verblijfsvergunning op medische gronden worden verleend. Het is dan namelijk redelijk om naar een bestendig verblijfsrecht met de daarbij behorende rechten over te gaan. Overigens is het niet zo dat als op voorhand duidelijk is dat behandeling langer dan een jaar nodig is, zoals in de genoemde voorbeelden, het dan ook een gegeven is dat die behandeling in Nederland moet worden ondergaan. In het vreemdelingrechtelijk toetsingskader voor verblijf op medische gronden wordt immers naast het medisch criterium ook gekeken naar de behandel mogelijkheden in een land van herkomst. Het is over het algemeen niet te voorspellen dat die na een jaar ook onveranderd zijn.

Indien de vreemdeling in Nederland is en niet voldoet aan de vereisten voor een reguliere vergunning «medische behandeling» (voorwaarden: Nederland als meest aangewezen land voor de behandeling, noodzakelijke behandeling, deugdelijke financiering en de van toepassing zijnde voorwaarden van artikel 16 Vw), maar het gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of één van zijn gezinsleden niet verantwoord is om te reizen, bijvoorbeeld omdat stopzetting van de medische behandeling een medische noodsituatie doet ontstaan en in het land van herkomst geen behandel mogelijkheden aanwezig zijn, wordt de vreemdeling eerst een bepaalde periode in beginsel (maximaal) een jaar of de duur van de behandeling uitstel van vertrek verleend op grond van art. 64 Vw (en hem en zijn gezinsleden opvang en zorg geboden).

Na dat jaar kan een tijdelijke verblijfsvergunning regulier op medische gronden worden verleend. Het inhoudelijk toetsingskader in deze gevallen blijft gelijk aan het huidige toetsingskader van een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie (stopzetten van behandeling leidt tot een medische noodsituatie, geen beschikbare behandel mogelijkheden in land van herkomst en behandeling duurt langer dan een jaar). De algemene voorwaarden van art. 16 Vw blijven gelden, met uitzondering van de eisen ten aanzien van middelen van bestaan en het beschikken over



een mvv. De deugdelijke financiering van de medische behandeling wordt dan in deze gevallen niet tegengeworpen.

De verblijfsvergunning wordt op aanvraag verleend en de vreemdeling kan na een jaar artikel 64 Vw en twee jaar een vergunning op medische gronden nog steeds in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning voor voortgezet verblijf. Het blijft echter wel de eigen verantwoordelijkheid van de vreemdeling om tijdig een aanvraag in te dienen.

Het ten aanzien van informatie over behandel mogelijkheden in de landen van herkomst en over bronnen van landeninformatie gestelde bestrijd ik. De artsen van het BMA maken bij het uitbrengen van hun adviezen gebruik van alle daartoe relevante bronnen (meestal vertrouwensartsen en International SOS) en in het advies wordt vermeld welke bronnen zijn gehanteerd. Indien de artsen van het BMA bij de bestudering van diverse rapporten tot het oordeel komen dat behandeling van een medische aandoening in het land van herkomst niet mogelijk is, wordt dit ook in het advies opgenomen.

Wat betreft de informatie over de bronnen waaraan de ACVZ en Commissie Klazinga refereren, zoals bijvoorbeeld rapporten van de WHO en UNAIDS het volgende: Informatie van de WHO en UNAIDS betreft vaak algemene epidemiologische informatie over gezondheidszorgstelsels in de verschillende landen. Aan BMA wordt in het kader van staand vreemdelingenbeleid in de advies aanvragen geen epidemiologische inschatting gevraagd om de gezondheidszorgsituatie in het algemeen van een land te beoordelen. De beoordeling die aan BMA gevraagd wordt is of er op enige plek in een land voldoende medische behandel mogelijkheden beschikbaar cq aanwezig zijn voor specifieke medische klachten (die een vreemdeling heeft) en zo ja op welke wijze. BMA zoekt dit in het algemeen uit via vertrouwensartsen die werkzaam zijn in de betreffende landen of via International SOS. Voor deze beoordeling zijn dus de WHO en UNAIDS rapporten veel te algemeen en geven geen antwoord op de voorgelegde vragen aan BMA. De epidemiologische inschattingen in WHO en UNAIDS rapporten betreffen dus een geheel ander soort informatie; het beschrijft niet specifieke medische behandel mogelijkheden voor specifieke klachten in een bepaalde kliniek in een bepaalde stad zoals bij International SOS of de vertrouwensartsen het geval is. Deze informatie is in het algemeen niet van minder waarde maar niet vergelijkbaar met de informatie van International SOS of de vertrouwensarts en betreft dus een geheel andere beoordeling dan die aan BMA wordt gevraagd.

De actualiteit en juistheid van de landeninformatie wordt door het BMA geborgd door frequent informatie te vragen bij onder meer de International SOS en de vertrouwensartsen.

Indien deze informatie ontoereikend is, kan een nieuw verzoek om informatie worden gericht aan International SOS of de vertrouwensartsen. BMA is verantwoordelijk voor het verzamelen van actuele gegevens. Alle informatieverstrekkers zijn verantwoordelijk voor de juistheid van de door hen aan het BMA verstrekte informatie.

De in de brief genoemde stuurgroep heeft zich voornamelijk bezighouden met de vormgeving en inrichting van het medisch advies in de RVT. Sommige van bovengenoemde punten zijn niettemin in enige mate aan de orde geweest in de besprekingen van de stuurgroep.

In de stuurgroep is met name gesproken over de vormgeving en inrichting van het medisch advies. Op hoofdlijnen was daar overeenstemming over. Bij de verdere ontwikkeling van het medisch advies in de aanloop naar de implementatie van de verbeterde asielpcedure zijn de relevante



organisaties ook betrokken. De brief van 7 oktober jl. beslaat ook nog een heel aantal andere onderwerpen op het raakvlak van medische problematiek en het vreemdelingenbeleid. Sommige van deze onderwerpen zijn, direct of indirect, aan de orde geweest in de stuurgroep en sommige organisaties zijn, waar relevant, geconsulteerd. Alles gehoord hebbende is het echter mijn verantwoordelijkheid om beslissingen te nemen omtrent het vreemdelingenbeleid. Deze beslissingen, zoals neergelegd in de brief, zijn dan ook niet ter instemming voorgelegd aan de genoemde stuurgroep.

*De leden van de PvdA-fractie vragen of de staatssecretaris de mening van VluchtelingenWerk Nederland deelt dat, in aanmerking genomen dat vreemdelingen die op basis van artikel 64 Vw 2000 in Nederland verblijven afhankelijk zijn van een toelage op basis van de Regeling verstrekkingen asielzoekers (Rva-toelage), het niet opportuun is om leges te heffen voor behandeling van een aanvraag voor een verblijfsvergunning op medische gronden. Verder vragen deze leden of de houder van een verblijfsvergunning regulier op medische gronden (niet zijnde een vergunning voor medische behandeling) op termijn in aanmerking komt voor een verblijfsvergunning op grond van voortgezet verblijf. Zo ja, onder welke voorwaarden? Zo nee, waarom niet? Verder zijn deze leden met VluchtelingenWerk Nederland en de Stichting LOS bezorgd over de opvang van ernstig zieke mensen die uitstel van vertrek is verleend. Zij kunnen als gevolg van het nieuwe beleid langdurig in de centrale opvang terecht komen. Vindt de staatssecretaris dit een wenselijke situatie? Zijn hier alternatieven voor beschikbaar, mede de kosten van de centrale opvang in aanmerking genomen?*

Hier geldt het normaal geldende beleid ten aanzien van leges. Deze groep is niet vrijgesteld van leges voor de reguliere aanvraag op grond van medische redenen. Aan een beroep op artikel 64 Vw zijn geen leges verbonden.

In de nieuwe situatie kan de vreemdeling na een jaar artikel 64 Vw en twee jaar verblijf als houder van een verblijfsvergunning regulier op medische gronden een aanvraag doen voor een verblijfsvergunning onder de beperking «voortgezet verblijf», indien de medische noodsituatie naar het oordeel van de Minister nog steeds ten minste een jaar zal duren. De vreemdeling moet gedurende de gehele periode hebben voldaan aan de voorwaarden voor verlening van de oorspronkelijke verblijfsvergunning. Voorts moet de vreemdeling, op het moment waarop de aanvraag om een verblijfsvergunning onder de beperking «voortgezet verblijf» wordt ingediend, nog steeds aan alle voorwaarden voor de oorspronkelijke verblijfsvergunning voldoen.

Vreemdelingen die op grond van artikel 64 Vw rechtmatig verblijf hebben, verblijven in beginsel een jaar in de centrale opvang. Na dat jaar kan een verblijfsvergunning regulier op medische gronden worden verleend in welk geval gemeentelijke huisvesting aan de orde komt. Het inhoudelijk toetsingskader in deze gevallen blijft gelijk aan het huidige toetsingskader van een verblijfsvergunning vanwege een medische noodsituatie (stopzetten van behandeling leidt tot een medische noodsituatie, geen beschikbare behandelmogelijkheden in land van herkomst en behandeling duurt langer dan een jaar). Over het algemeen kunnen ook vreemdelingen met medische problematiek in de centrale opvang worden opgevangen. Slechts in uitzonderlijke ernstige gevallen zal verblijf in een zorginstelling geboden zijn.

Ten slotte

*De leden van de PvdA-fractie willen weten wanneer de maatregelen in de brief ingaan? Worden sommige maatregelen in de praktijk al uitgevoerd?*

Het streven is om alle maatregelen in te voeren tegelijkertijd met het invoeren van de vernieuwde asielprocedure in juli 2010.

*De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het klopt dat enkele dilemma's onopgelost blijven. Zij denken daarbij aan de gekunstelde en onmogelijke tegenstelling tussen beschikbaarheid in medisch-technische zin en beschikbaarheid-toegankelijkheid voor de individuele patiënt? Maar ook aan de kwestie dat BMA toetst aan de hand van onvolledige, onzorgvuldige, innerlijk tegenstrijdige en variërende informatie over de beschikbaarheid van medische zorg in het herkomstland en het uitblijven van een vergelijking daarvan met informatie van internationaal erkende bronnen. Ten slotte wijzen zij op het dilemma van ernstig zieke illegalen in de Nederlandse samenleving die niet kunnen terugkeren, maar ook niet in aanmerking komen voor opvang en gefinancierde medische zorg, waardoor medische zorgverleners moeten afwegen of het gaat om medisch noodzakelijke zorg.*

In aanvulling op hetgeen al is geantwoord aan leden van de SP-fractie onderstreep ik nogmaals dat beschikbaarheid de aanwezigheid van medische behandeling op enige plek in het land van herkomst is; dit kan worden beoordeeld door medici op basis van de informatie van International SOS en de vertrouwensartsen in de landen van herkomst en is conform staand vreemdelingenbeleid relevant. Daadwerkelijke toegang tot die behandeling (afhankelijk van niet-medische factoren, zoals onder meer politieke, veiligheids-, geografische, economische en inkomensaspecten valt buiten het medisch deskundigheidsgebied) wordt niet onderzocht door medici en is ook niet leidend conform staand vreemdelingenbeleid.

Om de aanwezigheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst uit te kunnen zoeken, wordt informatie ingewonnen bij International SOS of vertrouwensartsen. International SOS is een grote internationale organisatie op het gebied van assistentie voor medische zorg en op het gebied van managen van internationale medische risico's. Tevens heeft International SOS eigen klinieken in verschillende landen in de wereld en heeft zij een wereldwijd netwerk van alarmcentrales. International SOS levert aan BMA informatie over behandelmogelijkheden in antwoord op een specifieke vraagstelling van BMA. Vertrouwensartsen worden specifiek voor BMA aangetrokken via het ministerie van Buitenlandse Zaken. Dit betreffen artsen die werkzaam zijn in het land waar zij informatie over verstrekken. Er zijn geen aanwijzingen dat de informatie over deze bronnen in structurele zin onvolledig, onbetrouwbaar of onzorgvuldig zouden zijn, anders zou de informatie ook niet door BMA in de advisering gebruikt worden. Bovendien worden de bronnen samen met het advies meegestuurd en op die manier inzichtelijk gemaakt voor de IND, rechtbanken en advocaten. Bij onduidelijkheden over de bronnen kunnen aanvullende vragen over de bronnen worden gesteld aan BMA. Uiteindelijk worden deze bronnen ook door de rechter getoetst. In dit verband merk ik op dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) onderzoek heeft gedaan naar de medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA. De IGZ concludeert in zijn rapport van 14 juni 2006 dat «*binnen de aan het BMA gestelde randvoorwaarden de medisch adviseurs hun werk over het algemeen deskundig, professioneel autonoom en zorgvuldig verrichten*».

Wanneer een vreemdeling niet in aanmerking komt voor verblijf in Nederland op medische gronden, omdat uitblijven van de behandeling op korte termijn niet zal leiden tot een medische noodsituatie, danwel omdat behandeling in het land van herkomst mogelijk is, zal hij Nederland moeten verlaten. Wanneer het BMA medische reisvoorwaarden heeft gesteld bij terugkeer, worden deze voorwaarden geregeld voor vertrek. De vreemdeling draagt bij de voorbereiding van het vertrek zelf als eerste verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de reisvoorwaarden. Hij kan hierbij worden ondersteund door de Nederlandse overheid. De DT&V kan voor de vreemdeling de feitelijke overdracht van zijn behandeling voorbereiden, door voor vertrek hierover afspraken te maken met een behandelaar in het land van herkomst. Ook worden in voorkomende gevallen medicijnen meegegeven, of vliegt een medische escort mee tijdens de vlucht naar het land van herkomst. Voor een vreemdeling die meewerkt aan zijn terugkeer (hetgeen hij in het kader van artikel 61 Vw verplicht is) kunnen de medische reisvoorwaarden en de terugkeer worden uitgevoerd. Als ondanks de medewerking van de vreemdeling niet aan de medische reisvoorwaarden kan worden voldaan, dan kan de vreemdeling in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning op grond van het beleid dat hij buiten zijn schuld Nederland niet kan verlaten. Wanneer geen volledige medewerking aan terugkeer wordt verleend, kan het voorkomen dat uitzetting niet mogelijk is. In dat geval heeft de vreemdeling geen recht op opvang.