

Vergaderjaar 2015–2016

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 2066

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 oktober 2015

Nederland heeft te maken met vreemdelingen die vanwege hun medische situatie in Nederland willen blijven¹. Het huidige beleid houdt in dat wordt bezien of er sprake is van een medische aandoening die zonder medische behandeling op korte termijn leidt tot een medische noodsituatie. Indien hiervan sprake is, wordt getoetst of de noodzakelijke medische behandeling *beschikbaar* is in het land van herkomst.

In het Algemeen Overleg van 30 oktober 2013 (Kamerstuk 19 637, nr. 1758) heeft het Kamerlid Maij (PvdA) aan mijn voorganger gevraagd te verkennen in welke mate de *feitelijke toegang* tot medische zorg in het land van herkomst betrokken kan worden in de toelatingsprocedure.

In de kabinetsreactie op het rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid (OvV) is vervolgens toegezegd een internationaal vergelijkend onderzoek te laten uitvoeren naar de wijze waarop andere landen beleidsmatig en praktisch omgaan met de toegang tot medische zorg in de landen van herkomst². Daarbij is onderzocht welke mogelijkheden deze landen zien om (aspecten van) feitelijke toegankelijkheid mee te nemen in de besluitvorming over de toelating of terugkeer van vreemdelingen met een medische aandoening.³

¹ Verblijf op medische gronden kan in Nederland op basis van een verblijfsvergunning medisch regulier of op basis van uitstel van vertrek (artikel 64) verkregen worden.

² Kamerstuk 19 637, nr. 1822.

³ Toezegging om een internationaal-vergelijkend onderzoek te doen naar de mogelijkheden om aspecten van toegankelijkheid van medische behandelmogelijkheden te betrekken bij toelating en terugkeer van vreemdelingen met medische problematiek (AO Onderzoeksrapport «Veiligheid van vreemdelingen» en suicide Armeense asielzoeker 9 Kamerstuk 19 637, nr. 1871) en AO Medische zorg voor vreemdelingen (Kamerstuk 19 637, nr. 1870) beiden op 28-05-2014).

Het onderzoek is uitgevoerd door het International Centre of Migration Policy Development (ICMPD)⁴. Hierbij informeer ik u over de uitkomsten van het onderzoek.

Het onderzoek

In het onderzoek is *beschikbaarheid* gedefinieerd als het antwoord op de vraag of een medische behandeling (inclusief medicatie) ergens in het land van herkomst aanwezig is. Waar het onderzoek spreekt over *toegankelijkheid* gaat het over de vraag of een persoon na terugkeer in het land van herkomst de facto in staat is een medische behandeling en/of medicatie te verkrijgen. Hierbij is gekeken naar *economische, geografische* en *politieke* omstandigheden. Het kan daarbij gaan om iemands financiële situatie, geografische locatie, ras, godsdienst, nationaliteit, lidmaatschap van een bepaalde sociale groep of politieke mening.

In het onderzoek worden vijf Europese landen (België, Duitsland, Zweden, Finland, Verenigd Koninkrijk) met elkaar vergeleken. Deze landen zijn geselecteerd op basis van informatie uit het Europese project Medical Country of Origin Information (MedCOI). Geselecteerd zijn landen waarbij op voorhand bekend was dat zij de toegankelijkheid van medische zorg meenemen in hun overwegingen (België en Duitsland), landen die mogelijk de toegankelijkheid van medisch zorg meewegen (Finland en Zweden) en een land dat zegt alleen de beschikbaarheid van medische zorg te beoordelen (Verenigd Koninkrijk).

De bevindingen

Uit het onderzoek van de ICMPD komt een aantal belangrijke bevindingen naar voren. Van de vijf onderzochte landen heeft maar één land een specifieke medische procedure, namelijk België. Voor de andere landen geldt dat zij de beschikbaarheid en/of toegankelijkheid van medische zorg ambtshalve toetsen na afwijzing van een asielaanvraag.

Voorts blijkt uit het onderzoek dat alleen België gebruik maakt van de diensten van een eigen arts. De andere landen maken gebruik van COI: Country of Origin Information, in combinatie met medische attesten van de behandelend arts.

Uit het onderzoek komt ook naar voren dat voor alle onderzochte landen geldt dat zij alleen die medische aspecten bij hun overwegingen betrekken die een bepaalde mate van ernst kennen. Voor elk land ligt de drempel evenwel op een ander niveau. Deze drempel varieert van «in het laatste stadium van een ziekte» (Verenigd Koninkrijk) tot een «significante verslechtering van de gezondheid» (Duitsland). De overige landen bevinden zich ergens tussen deze twee posities in.

Verder blijkt uit onderzoek van de ICMPD dat alle onderzochte landen de beschikbaarheid van de zorg in het land van herkomst toetsen. Alleen Duitsland en België betrekken daarnaast standaard de toegankelijkheid van medische zorg in hun besluitvorming. Echter, voor beide landen geldt dat zij niet alle elementen van toegankelijkheid daarin meenemen. Standaard nemen zij alleen de *economische toegankelijkheid* van de zorg, de vraag of de vreemdeling de medische behandeling kan bekostigen, mee in hun overweging.

Voor Zweden, Finland en het Verenigd Koninkrijk geldt dat zij de toegankelijkheid van de medische zorg niet structureel meenemen in de toetsing

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

van een aanvraag. In exceptionele gevallen, wanneer sprake is van een optelsom van uitzonderlijke omstandigheden, wordt echter alsnog naar elementen van toegankelijkheid gekeken. Het gaat dan om schrijnende zaken. Daarbij geldt evenwel voor Zweden dat economische toegankelijkheid nooit wordt meegewogen, terwijl voor Finland en het Verenigd Koninkrijk geldt dat dit in zeldzame gevallen wel wordt gedaan.

Daarnaast wordt in Finland en Zweden rekening gehouden met *geografische toegankelijkheid*, in de zin dat wordt nagegaan of er sprake is van een veiligheidssituatie die het niet mogelijk maakt om naar de plaats van medische behandeling te reizen. Duitsland, Finland en Zweden nemen in hun overweging bovendien mee of een overheid of instantie bijzondere voorwaarden zoals vestigingsvereisten stelt in het gebied waar de medische behandeling beschikbaar is. Daarnaast neemt Duitsland ook de afstand tussen de plek van herkomst van de vreemdeling en de plaats van de medische behandeling in zijn overweging mee indien dit een significante impact heeft op de reiskosten. België en het Verenigd Koninkrijk nemen daarentegen de geografische toegankelijkheid in het geheel niet mee.

Tot slot geldt dat in het onderzoek beschikbaarheid als een *objectief criterium* wordt geduid en toegankelijkheid als een *subjectief criterium*. Hiermee wordt bedoeld dat op individueel niveau de beschikbaarheid van een specifieke behandeling en/of medicatie objectief te toetsen is, terwijl de inschatting dat een individu daadwerkelijk toegang zal krijgen tot die behandeling een bepaalde mate van subjectiviteit kent. Uit het onderzoek blijkt dat de onderzochte landen dan ook geen duidelijke, objectieve «toegankelijkheidscriteria» hanteren

De Nederlandse situatie

Afgezet tegen het Nederlandse beleid vallen de volgende punten op. Nederland is, naast België, het enige land met een specifieke medische procedure. Bovendien is Nederland, naast België, het enige land dat gebruik maakt van eigen artsen. Door deze artsen wordt een medisch advies opgesteld waarbij zij onder andere gebruik maken van de feitelijke informatie van behandelende artsen. Ook wordt er beoordeeld of er sprake is van een medische aandoening die zonder medische behandeling op de korte termijn leidt tot een medische noodsituatie. Tot slot wordt de *beschikbaarheid* van medische behandeling in het land van herkomst onderzocht waarbij gebruik wordt gemaakt van medische landeninformatie, waaronder informatie van vertrouwensartsen in het land van herkomst.

Net als voor sommige van de onderzochte landen geldt ook voor Nederland dat elementen van het toegankelijkheids criterium een rol spelen bij de behandeling van een verblijfsaanvraag. Het is dus niet zo dat de *toegankelijkheid* van medische voorzieningen in de Nederlandse uitvoeringspraktijk geen enkele rol speelt. In de Nederlandse context geldt dat *politieke toegankelijkheid* in de asielpprocedure aan de orde komt. Indien discriminatie op een van de in het Vluchtelingenverdrag genoemde gronden leidt tot uitsluiting van medische zorg, kan immers sprake zijn van vluchtelingschap.

Verder neemt Nederland deels *geografische overwegingen* mee in zijn besluitvorming over een verblijfsaanvraag. Als er sprake is van een vertrekmoratorium voor een bepaalde regio wordt behandeling en medicatie in dezelfde regio als niet beschikbaar beschouwd. Andere aspecten van toegankelijkheid worden in het Nederlandse beleid evenwel niet meegenomen.

Conclusie

Op basis van het voorgaande kom ik tot de volgende conclusie. Aan de termen beschikbaarheid en toegankelijkheid wordt in de verschillende landen niet op eenduidige wijze invulling gegeven. Het in het onderzoek aangebrachte onderscheid tussen economische, geografische en politieke toegankelijkheid helpt daarbij om inzichtelijk te maken hoe de verschillende landen zich tot elkaar verhouden.

Landen die zeggen te toetsen op toegankelijkheid (België en Duitsland) blijken niet alle elementen van toegankelijkheid mee te nemen in hun overwegingen en landen die zeggen alleen op beschikbaarheid te toetsen, blijken in uitzonderlijke gevallen toch ook elementen van toegankelijkheid mee te wegen. Er blijken bovendien nauwelijks objectieve criteria te worden gehanteerd als het gaat om toegankelijkheidsaspecten.

Wanneer het Nederlandse beleid wordt afgezet tegen dat van de onderzochte landen valt een aantal zaken op. Nederland heeft als een van de weinige landen een specifieke procedure waarin medische aspecten getoetst worden. Daarbij maakt Nederland gebruik van een advies dat door eigen artsen wordt opgesteld. Nederland neemt bovendien in zijn beoordeling van een aanvraag elementen van geografische en politieke toegankelijkheid mee. Het Nederlandse beleid doet hiermee, wat betreft de waarborgen voor een zorgvuldige procedure, niet onder voor dat van de overige onderzochte landen.

Voor economische toegankelijkheid geldt evenwel dat deze uiterst slecht objectiveerbaar is. Het is immers niet mogelijk om vanuit Nederland te beoordelen tot welke fondsen dan wel tot welk steunnetwerk de vreemdeling toegang heeft.

Dit alles overwegend, zie ik op basis van de uitkomsten van dit onderzoek geen aanleiding om het huidige beleid te wijzigen. Ik handhaaf daarom het standpunt van mijn voorganger dat de verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid begrensd is.⁵ Nederland heeft een aparte, zorgvuldige, medische procedure waarin advies van artsen wordt ingewonnen in complexe medische zaken. Vreemdelingen die niet in staat zijn om te reizen of waarbij sprake is van een medische noodsituatie op korte termijn bij het uitblijven van een behandeling en waarvoor de benodigde zorg niet beschikbaar is in het land van herkomst hebben recht op verblijf dan wel op uitstel van vertrek op medische gronden.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
K.H.D.M. Dijkhoff

⁵ Kamerstuk 19 637, nrs. 1398 en 1764