
Van : adviescommissie vreemdelingenrecht
 Datum : 13 januari 2016
 Betreft : **Advies wetsvoorstel inzake internationaal vergelijkend onderzoek medische zorg**

De adviescommissie vreemdelingenzaken van de Nederlandse orde van advocaten (verder: de adviescommissie) heeft begrepen dat op 4 februari 2016 in een algemeen overleg van de vaste Kamercommissie voor Veiligheid en Justitie gesproken zal worden over het internationaal vergelijkend onderzoek naar de toegankelijkheid van medische zorg in het land van herkomst, dat door de Staatssecretaris op 6 oktober 2015 naar de Tweede Kamer werd gestuurd. Graag maakt de adviescommissie van de gelegenheid gebruik om enige opmerkingen te plaatsen over dit onderzoek, en over de begeleidende brief d.d. 6 oktober 2015 van de Staatssecretaris.

De adviescommissie ziet, anders dan de Staatssecretaris, in het onderzoek geen aanleiding om de huidige beoordeling van aanvragen om een verblijfsstatus op medische gronden niet aan te passen. Immers, de meerderheid van de onderzochte landen toetst, anders dan Nederland, wel de feitelijke toegankelijkheid. Met name de beoordeling door België en Duitsland doet recht aan de breed gedragen kritiek vanuit adviesorganen (Onderzoeksraad voor de Veiligheid, Nationale Ombudsman, diverse commissies) op de huidige wijze van toetsen.

Allereerst merkt de adviescommissie op dat slechts 5 van de 28 lidstaten (18%) van de EU onderzocht zijn. Dit betekent dat het advies een zeer smalle basis heeft en een nadere toelichting nodig is waarom het als representatief kan worden gezien. Dit is van belang omdat de kans bestaat dat er verregaande conclusies op worden gebaseerd. Dat laat zich illustreren, bijvoorbeeld wanneer de Staatssecretaris in zijn brief schrijft, dat “alleen” België en Duitsland de toegankelijkheid van medische zorg volledig betrekken bij de beoordeling van de aanvraag van een verblijfsrecht op medische gronden. Immers: “alleen” België en Duitsland zijn 2 van de 5 onderzochte lidstaten (40%).

Uit het onderzoek zelf (pagina 7) blijkt verder dat de selectie van deze 5 lidstaten het gevolg was van een eerdere enquête, uitgevoerd in het kader van Project MedCOI. Uit die enquête is naar voren gekomen dat 11 van de 18 betrokken lidstaten (61%) op enigerlei wijze de feitelijke toegankelijkheid betreft, bij de beoordeling van de aanvraag van een verblijfsrecht op medische gronden. Slechts 2 lidstaten (Nederland en het in dit onderzoek beoordeelde Verenigd Koninkrijk) doen dat in het geheel niet. Van 5 lidstaten kwam geen of onvoldoende respons.

De adviescommissie ziet aanleiding om kanttekeningen te plaatsen bij de conclusie van de Staatssecretaris, dat op grond van de uitkomsten van dit onderzoek geen aanleiding bestaat de Nederlandse praktijk aan te passen.

Daarbij valt op dat juist de twee buurlanden van Nederland, België en Duitsland, hun procedures hebben ingericht conform het advies aan de Nederlandse regering van een groot aantal van overheidswege ingestelde adviesorganen. De adviescommissie wijst op de volgende rapportages waarin geadviseerd wordt om ook aspecten van toegang te betrekken bij de beoordeling van een vreemdelingrechtelijke aanvraag op medische gronden:

- *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid*, rapport van de nationale commissie medische aspecten in het vreemdelingenrecht d.d. 1 maart 2004;
- *Arts en Vreemdeling*, rapport van de commissie medische zorg voor uitgeprocedeerde asielzoekers/KNMG d.d. 19 december 2007;

- *Expertise getoetst. De rol van deskundigenadvisering in de asielprocedure*, advies van de Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken uit juli 2012;
- *Het Bureau Medische Advisering Nader Beschouwd. Zorgpunten en Aanbevelingen*; memorandum van de Nederlandse afdeling van het Nationaal Juristen Comité voor Mensenrechten NJCM d.d. 23 mei 2013;
- *Veiligheid van Vreemdelingen*, rapport van de Onderzoeksraad voor de Veiligheid, april 2014;
- *Zorg over de grenzen*, rapport van de Nationale Ombudsman d.d. 19 maart 2015.

Uit het onderzoek blijkt dat de politieke toegankelijkheid in vrijwel alle landen in de asielprocedure wordt getoetst. Dat gebeurt in Nederland ook, zoals de Staatssecretaris terecht schrijft.

Uitstel van vertrek conform artikel 64 Vw is echter bedoeld voor mensen die niet als gevolg van hun medische problemen voor een asielvergunning (op grond van art. 3 EVRM jo art 29 lid 1 sub b Vw) in aanmerking komen. Uit het onderzoek blijkt dat 4 van de 5 onderzochte landen voor deze groep een beperkte (Finland en Zweden) of uitgebreide (België en Duitsland) toegankelijkheidstoets kennen. Alleen het Verenigd Koninkrijk, met Nederland, kent een dergelijke toets niet.

De adviescommissie wijst er verder op dat de opmerking van de Staatssecretaris “*als er sprake is van een vertrekmoratorium voor een bepaalde regio wordt behandeling en medicatie in dezelfde regio als niet beschikbaar beschouwd*” niet juist is.

De adviescommissie wijst in deze zin op een uitspraak van de rechtbank 's-Gravenhage, nevenzittingsplaats Groningen, van 3 april 2015, met kenmerk AWB 14/24502¹ waarin de rechtbank oordeelde dat een besluit- en vertrekmoratorium buiten het toetsingskader van een reguliere medische procedure viel. Hieruit volgt dat Finland en Zweden, die dergelijke geografische toegankelijkheidsproblemen wel toetsen, een ruimere beoordeling uitvoeren dan Nederland. Bovendien komt bij een besluit/vertrekmoratorium iedere vreemdeling die een beroep op kan doen op dit moratorium, weer binnen het bereik van de regels voor asiel. Zij hoeven derhalve geen beroep te doen op de regeling voor uitstel van vertrek (medisch) zoals bedoeld in artikel 64 Vw.

De Staatssecretaris benadrukt in zijn conclusie dat Nederland een zorgvuldige procedure heeft. Wat daar ook van zij, in het Algemeen Overleg van 30 oktober 2013 was de vraag aan de Staatssecretaris niet om te laten onderzoeken of de Nederlandse procedure op zichzelf zorgvuldig was, maar om te verkennen in welke mate de feitelijke toegang tot de medische zorg in het land van herkomst betrokken kan worden in de toelatingsprocedure. Het onderzoek wijst uit dat die feitelijke toegankelijkheid er bij betrokken kan worden. Dat gebeurt in de praktijk immers in vele lidstaten. De Staatssecretaris wijst er slechts op dat de economische toegankelijkheid uiterst slecht objectiveerbaar is, en doet de hele kwestie daarmee af. Hij geeft echter niet aan waarom dat in andere lidstaten geen reden is om de feitelijke toegankelijkheid buiten beschouwing te laten, maar slechts dat daarvan in Nederland wel sprake moet zijn.

Het valt de adviescommissie op dat de Staatssecretaris zich niet tegen toetsing van de feitelijke toegankelijkheid keert, maar slechts aangeeft dat het in de praktijk niet mogelijk is dit objectief te toetsen. De adviescommissie wijst er echter op dat het hier gaat om mensen waarvan is

¹ bevestigd door de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State in een uitspraak van 25 augustus 2015, zaaknummer 201503207/1/V/1

vastgesteld dat zij binnen korte tijd in een medische noodsituatie² zullen verkeren, indien zij geen toegang krijgen tot de noodzakelijke medische hulp. Gelet daarop mag een serieuze inspanning van de Nederlandse overheid verwacht worden, bij de beoordeling of zij terug gestuurd kunnen worden.

De adviescommissie erkent dat de feitelijke toegankelijkheid in sommige zaken objectief lastig is vast te stellen. Echter, er zijn ook legio situaties denkbaar waarbij de problematische feitelijke toegankelijkheid juist heel duidelijk is. Illustratief is het voorbeeld wanneer duidelijk is dat er in een land slechts 1 psychiater beschikbaar is. Ook in asielzaken is het vaak bijzonder moeilijk om objectief vast te stellen of iemand gevaar loopt. Toch waagt de Staatssecretaris zich daar wel aan een beoordeling. Nu er voor de groep met ernstige medische klachten minstens evenveel van afhangt, kan de Staatssecretaris naar de mening van de adviescommissie niet volstaan met een verwijzing naar de problemen rond de objectiveerbaarheid.

Gelet op de grote hoeveelheid aangehaalde adviezen en de praktijk in onze twee buurlanden, vraagt de adviescommissie zich af waarom de Staatssecretaris geen aanleiding ziet de Nederlandse praktijk in lijn te brengen met die van Duitsland en België. Vooral het volgen van het Belgische voorbeeld zal in de praktijk vermoedelijk weinig problemen opleveren nu de Belgische procedure voor een groot deel vergelijkbaar is met de Nederlandse (er is, anders dan in de andere 4 onderzochte lidstaten en net zoals in Nederland, een aparte medische procedure, waarbij artsen in diens van het Ministerie van Justitie worden ingezet).

Hoewel dit losstaat van het onderzoek naar de toegankelijkheid van medische zorg, neemt de adviescommissie ook deze gelegenheid te baat om de leden van de vaste Kamercommissie te wijzen op de bijgevoegde brief die medio december 2015 door de Inspectie van de Gezondheidszorg aan diverse artsen is gezonden (**bijlage**). In deze brief worden betreffende artsen door de Inspectie er zeer nadrukkelijk op gewezen dat zij in zaken waarbij het Bureau Medische Advisering (BMA) is betrokken, geen geneeskundige verklaringen over hun eigen patiënten mogen afleggen, op straffe van tuchtmaatregelen. De adviescommissie heeft van diverse artsen begrepen dat deze brief als zeer intimiderend is ervaren en als reactie op door artsen geuite kritiek op de werkwijze van BMA. De aangeschreven artsen leiden uit de brief af dat voor een discussie over deze werkwijze klaarblijkelijk geen ruimte is.

² het begrip medische noodsituatie wordt gedefinieerd als: die situatie waarbij de vreemdeling lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vaststaat dat het achterwege blijven van behandeling binnen een termijn van drie maanden zal leiden tot overlijden, invaliditeit of een andere vorm van ernstige geestelijke of lichamelijke schade