



Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid

Rapport

Landelijke Commissie

Medische Aspecten van het

Vreemdelingenbeleid



Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid

Rapport

Landelijke Commissie

Medische Aspecten van het

Vreemdelingenbeleid

Voorwoord

De Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid is in mei 2001 ingesteld door de toenmalige staatssecretaris van Justitie, mevrouw E. Kalsbeek, en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw E. Borst-Eilers. De commissie kreeg tot taak na te gaan wat de invloed is van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen tot Nederland. De commissie is verzocht dit in kaart te brengen aan de hand van een set vragen die bij de opdrachtverlening zijn gevoegd. De opdrachtverlening aan de commissie is in de bijlagen opgenomen.

Hoewel alles erop was gericht het voorliggende rapport medio 2002 uit te brengen, bleek dit om diverse redenen niet haalbaar. De recente maatschappelijke en politieke gebeurtenissen leidden tot ingrijpende gevolgen voor het vreemdelingenbeleid. Het vraagstuk van de vreemdelingen kreeg plots een andere wending door de roep van diverse politieke partijen om een strenger toelatingsbeleid en door de sterk verminderde toestroom van vluchtelingen.

Aan het onderzoek van de commissie hebben veel overheidsinstanties, instellingen, maatschappelijke organisaties en particuliere personen meegewerkt. Het grote aantal noopt ons ertoe af te zien iedereen bij naam te noemen. Langs deze weg wil de commissie eenieder bedanken die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport. De lijst met de namen van personen die de commissie heeft gehoord, is als bijlage toegevoegd aan het rapport.

Gelet op de aard en de omvang van de opdracht bestrijkt de inhoud van dit rapport enerzijds onderwerpen over de gezondheidszorg en anderzijds onderwerpen over het vreemdelingenrecht. Naast de afzonderlijke bespreking van deze complexe onderwerpen wordt in dit rapport uitvoerig ingegaan op de onderlinge samenhang. Het rapport beoogt, binnen de grenzen van de opdracht, een zo volledig mogelijk beeld van het vraagstuk te geven. Daarbij is getracht de inhoud helder, toegankelijk en begrijpelijk weer te geven.

De commissie spreekt de hoop uit dat dit rapport een leidraad biedt voor het hanteren van de medisch ethische vraagstukken die zich voordoen op het vlak van het vreemdelingenbeleid in Nederland, en oplossingen hiervoor aandraagt.

Tytsjerk, 1 maart 2004

R.M.W. Smeets, voorzitter

De Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid:

- R.M.W. Smeets, psychiater, voorzitter
- prof. dr. I.D. de Beaufort
- prof. dr. H.B. Entzinger
- prof. mr. C.A. Groenendijk
- prof. dr. N.S. Klazinga
- mr. dr. J. Legemaate
- prof. mr. dr. N.J. Schrijver
- W.A.R. Shadid-Moon Sammy, arts
- mr. dr. M. Buijsen, secretaris (tot 31-12-2002)
- mr. dr. A. Terlouw, secretaris (vanaf 01-01-2003)

- mr. Ph.A. Backx, waarnemer Ministerie van Justitie (tot 01-02-2003)
- mr. S. Terphuis, waarnemer Ministerie van Justitie (vanaf 01-02-2003)
- drs. S. van Doorn, waarnemer Ministerie van VWS (tot 01-12-2001)
- drs. F.H. Clabbers, waarnemer Ministerie van VWS (vanaf 01-12-2001)

Inhoud

- 1 Het onderzoek 7**
 - 1.1 Instellingsbesluit en opdracht 7
 - 1.2 Toespitsing van de probleemstelling 8
 - 1.3 Methode van onderzoek 10

 - 2 Omvang en aard van het verschijnsel 11**
 - 2.1 Onderzoek IND: kwantitatieve gegevens inzake medische gronden bij asielaanvragen 13
 - 2.2 Informatie over gebruik van nierdialyse door onverzekerden en door asielzoekers (NIVEL-onderzoek) 14
 - 2.3 Informatie uit de hoorzittingen 15
 - 2.4 Constateringen op basis van de kwantitatieve gegevens over toelating op medische gronden 16

 - 3 Verblijfsverlening en niet-uitzetting op medische gronden 18**
 - 3.1 Het internationaal rechtelijk kader 18
 - 3.2 Het nationaal rechtelijk kader 21
 - 3.3 Vergelijking met omliggende landen in Europa 24
 - 3.4 Constateringen op basis van het nationaal en internationaal rechtelijk kader 25

 - 4 Medische informatie, medisch onderzoek en medisch advies 26**
 - 4.1 Medische informatie, medisch onderzoek en medisch advies bij vragen van toelating en uitzetting 26
 - 4.2 Medische informatie, medisch onderzoek en medisch advies bij de waarheidsvinding in asielzaken 27
 - 4.3 Constatering omtrent medische informatie, medisch onderzoek en medische advisering 31
 - 4.3.1 *Medische informatie in het kader van de waarheidsvinding 31*
 - 4.3.2 *De werkwijze van het BMA 31*

 - 5 Medische zorg: recht, financiering, organisatie en kwaliteit 34**
 - 5.1 Het internationaal rechtelijk kader 34
 - 5.2 Het nationaal rechtelijke kader en financiering van zorg voor vreemdelingen 34
 - 5.3 Organisatie van de medische zorg voor asielzoekers 35
 - 5.3.1 *Tijdelijke Noodvoorziening (TNV) 37*
 - 5.3.2 *Aanmeldcentrum 37*
 - 5.3.3 *Opvang in de COA opvanglocaties (OC, AZC, AVO, COW en ZZA) 38*
 - 5.4 Screening op hiv 38
 - 5.5 Constateringen over de medische zorg 40

 - 6 Conclusies en aanbevelingen 44**
 - 6.1 Medische gronden voor toelating en niet-uitzetting 46
 - 6.1.1 *Toelating op medische gronden 47*
 - 6.1.2 *Uitzettingsverboden op medische gronden 51*
 - 6.2 Medisch onderzoek 51
 - 6.2.1 *Medisch onderzoek in de asielprocedure? 52*
 - 6.2.2 *Positionering en werkwijze van het BMA 53*
 - 6.3 Medische zorg 54
 - 6.4 Overige aanbevelingen 55
- Appendix:**
Overzicht hoorzittingen 59
Lijst van afkortingen 61
Instellingsbesluit 63

1. Het onderzoek

1.1 Instellingsbesluit en opdracht

Op 10 mei 2001 is bij besluit van de toenmalige minister van VWS en de toenmalige staatssecretaris van Justitie de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid ingesteld.

De commissie kreeg de opdracht te onderzoeken of vreemdelingen misbruik maken van de mogelijkheden om op medische gronden toelating in Nederland te krijgen, en zo ja, welke gevolgen dit heeft voor het toelatingsbeleid en de gezondheidszorg in Nederland. Daartoe is de commissie onder meer gevraagd te onderzoeken welke medische criteria voor toelating van vreemdelingen in Nederland gelden en hoe de Nederlandse regelgeving zich verhoudt tot regelgeving in andere Europese landen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zouden aanbevelingen moeten worden gedaan omtrent het beroep op medische gronden, het toepassen van medische criteria in de procedures omtrent toelating, verblijfsverlening en uitzetting van vreemdelingen, en de betekenis van het medisch advies hierbij.

Aanleiding voor instelling van de commissie was onder meer de commotie rond de voorgenomen uitzetting van een hiv-geïnfecteerde Somalische asielzoekster en berichten over onevenredig groot gebruik van de dialysecapaciteit door asielzoekers. Uit de reacties hierop bleek aan de ene kant verontrusting te bestaan over het voornemen een ernstig zieke persoon uit te zetten, en aan de andere kant vrees dat als tot verblijfsverlening aan de Somalische vrouw zou worden overgegaan, Nederland de komende jaren met duizenden hiv- of aids-besmette asielzoekers zou worden geconfronteerd. De commotie leidde tot Kamervragen¹ en uiteindelijk tot het besluit van de minister van VWS en de staatssecretaris van Justitie om een onafhankelijke commissie in te stellen, met als opdracht de invloed van medische aspecten op de komst van vreemdelingen naar Nederland te onderzoeken.

De commissie kreeg de opdracht na te gaan wat de invloed is van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen naar Nederland. Zij is daartoe belast met:

"a. het verrichten van deelonderzoek I (probleemanalyse) voor de periode 1995 tot en met 2000 naar:

- i. het aantal vreemdelingen bij wie medische gronden mede een rol hebben gespeeld bij het verzoek om toelating tot Nederland;*
 - ii. het aantal vreemdelingen bij wie medische gronden mede een rol hebben gespeeld bij het verkrijgen van een toelating tot Nederland;*
 - iii. het aantal vreemdelingen aan wie in Nederland uitstel van vertrek op medische gronden is verleend;*
 - iv. de aard van de medische gronden waarop toelating tot Nederland is verzocht of verkregen, dan wel waarop uitstel van vertrek is verleend;*
 - v. het stadium in de vreemdelingenrechtelijke procedure waarin de vreemdeling een beroep doet op medische gronden voor toelating of uitstel van vertrek;*
 - vi. de ontwikkelingen in de toestroom in de afgelopen vijf jaar;*
 - vii. de consequenties van de toestroom tot Nederland voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg hier te lande.*
- b. het opdracht geven tot het verrichten van deelonderzoek II (vergelijkende studie) naar:*

¹ Kamervragen aan de Staatssecretaris van Justitie nrs. 688, 689, 710, TK 1999-2000. Kamervragen aan de Minister van VWS TK nr. 40, 25 januari 2000.

- i. *de mate waarin Nederland op grond van nationaal en internationaal recht verplicht is tot de toelating van vreemdelingen op medische gronden en verplicht is tot het doen van onderzoek van vreemdelingen om toelating op medische gronden;*
- ii. *het toelatingsbeleid en uitstel-van-vertrekbeleid op medische gronden in de Europese landen Duitsland, Frankrijk, België, het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Zwitserland en Zweden;*
- iii. *het verschil in aanbod van medische voorzieningen voor vreemdelingen in procedure in de landen genoemd onder (ii);*
- iv. *de positie van Nederland ten opzichte van de onder (ii) genoemde landen*
- c. *het op grond van deelonderzoek I en II:*
 - i. *geven van een oordeel over de verschillende situaties waarin een beroep op medische gronden wordt gedaan;*
 - ii. *formuleren van te treffen maatregelen ter voorkoming van naar het oordeel van de commissie ongewenst beroep op medische gronden: de commissie betreft hierbij de positie van Nederland ten opzichte van de onder b (ii) genoemde Europese landen;*
- d. *het formuleren van conclusies met betrekking tot de positie van het medisch advies in de Nederlandse vreemdelingenrechtelijke procedure, in het bijzonder over:*
 - i. *de criteria en de procedure voor het verlenen van een verblijfsrecht op medische gronden;*
 - ii. *de criteria en de procedure voor het verlenen van uitstel voor vertrek op medische gronden, mede in relatie tot artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 en artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.*
- e. *het maken van een integraal rapport op basis van de resultaten van deelonderzoek I en II en activiteit c en d, voorzien van conclusies.*²

De commissie is samengesteld uit experts op het gebied van de medische ethiek, het gezondheidsrecht, het migratierecht, internationaal recht en ontwikkelings samenwerking, en een aantal medici.

1.2 Toespitsing van de probleemstelling

Jaarlijks verblijven miljoenen vreemdelingen voor korte tijd in Nederland als toerist, familiebezoeker, dienstverlener, ondernemer of op doorreis naar elders. Sinds begin jaren negentig worden ieder jaar tussen de 65.000 en 95.000 niet-Nederlandse immigranten opgenomen in de bevolkingsregisters. De meeste van hen zijn toegelaten voor gezinshereniging, arbeid of asiel. Jaarlijks emigreren tussen 30.000 en 40.000 hier legaal wonende vreemdelingen. Op 1 januari 2003 woonden er in Nederland in totaal 699.000 geregistreerde vreemdelingen. Verder verblijven hier tienduizenden vreemdelingen tijdens de procedure over hun verblijfsvergunning. Zo verbleven er op 1 mei 2003 63.400 asielzoekers in de centrale opvang van de COA.³ Daarnaast zijn hier veel vreemdelingen in afwachting van de beslissing over een andere (reguliere) verblijfsvergunning. Slechts een deel van hen is in de bevolkingsregistratie opgenomen. Over het aantal illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen bestaan alleen ruwe schattingen. Volgens een schatting van het CBS zou het in

² Besluit Landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid, *Stert.* 2001, 91.

³ TK 19 637, nr. 756, p.18 en 35.

2001 gaan om aantallen van tussen de 46.000 en 116.000 illegalen.⁴ Engbersen c.s. komen voor de jaren 1997-2000 tot een schatting van tussen de 112.000 en 163.000 illegalen in Nederland.⁵ Gezondheidsproblemen en een beroep op medische zorg kunnen onder elk van deze categorieën vreemdelingen voorkomen.

De commissie is onder meer ingesteld om na te gaan of er sprake is van oneigenlijk gebruik van de mogelijkheid om op medische gronden toelating tot Nederland te krijgen.

Eng opgevat zou dit betekenen dat de commissie zich slechts zou hoeven te buigen over de situaties waarin de vreemdeling medische problemen heeft bij binnenkomst, daarvan op de hoogte is en om die reden toelating tot Nederland beoogt, alsmede de situatie waarin medische problemen zich voordoen tijdens illegaal verblijf.

De commissie heeft ervoor gekozen de onderzoeksoopdracht niet zodanig beperkt op te vatten maar zich te richten op alle situaties rond toelating en uitzetting van vreemdelingen waarin een beroep op medische gronden wordt gedaan, te weten:

- vreemdelingen die op reguliere (medische) gronden om toelating of niet-uitzetting verzoeken,
- vreemdelingen die in het kader van de asielprocedure medische gronden aanvoeren,
- illegalen die een beroep doen op medische voorzieningen en vervolgens met dreigende uitzetting kunnen worden geconfronteerd.

De commissie heeft buiten beschouwing gelaten de categorie van vreemdelingen die medische problemen krijgen terwijl zij in het bezit zijn van een verblijfsvergunning. Deze categorie vreemdelingen kan buiten beschouwing worden gelaten omdat hun toelating of uitzetting niet aan de orde is en zij in aanmerking komen voor collectieve voorzieningen, waaronder vergoeding van ziektekosten.

Binnen de deelcategorieën kan het nodig zijn om nader onderscheid te maken. Zo kan het bij vreemdelingen die ziek worden tijdens de procedure over de verblijfsverlening van belang zijn of zij al dan niet door die procedure of anderszins onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid ziek werden (tijdens de asielprocedure of tijdens verblijf in de amv-opvang). Dit onderscheid is ook van belang als het gaat om vreemdelingen die ziek worden na afloop van legaal of gedoogd verblijf. Bij deze laatste groep is het daarbij van belang of zij uitzetbaar zijn (ongeacht de medische gronden). Waar een nader onderscheid van belang is, zal dit uitdrukkelijk worden aangegeven.

In de hoofdstukken 2 tot en met 5 wordt de feitelijke situatie beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde enkele kwantitatieve gegevens (hoofdstuk 2), het nationaal en internationaal rechtelijk kader (hoofdstuk 3). De rol van informatie, medisch onderzoek en medische advisering wordt beschreven in hoofdstuk 4 en de vraag in welke gevallen Nederland verplicht is tot het bieden van een medische behandeling of medische zorg in hoofdstuk 5. Tot slot beantwoordt de commissie in hoofdstuk 6 op basis van de feitelijke bevindingen de normatieve vragen omtrent:

- het gebruik van medische gronden ter verkrijging van toelating of voorkoming van uitzetting,
- de verantwoordelijkheid van Nederland,
- het onderzoek bij medische problemen van vreemdelingen.

Dit hoofdstuk bevat ook de aanbevelingen van de commissie.

⁴ E.M.J. Hoogteijling (2002) Raming van het aantal niet in de GBA geregistreerden. (<http://www.cbs.nl>). Een beknopte samenvatting is gepubliceerd als: Els Hoogteijling, 'Illegalen in Nederland'; Maandstatistiek van de bevolking 50(3), p.21.

⁵ Engbersen, G. et al. (2002) Illegale vreemdelingen in Nederland. Omvang, overkomst, verblijf en uitzetting, RISBO, Rotterdam.

1.3 Methode van onderzoek

De commissie heeft het onderzoek naar de gestelde vragen conform de opdracht gedeeltelijk uitbesteed en gedeeltelijk zelf verricht.

De commissie heeft zich allereerst op basis van de literatuur en de bij de commissieleden beschikbare kennis georiënteerd op de toelatingsprocedures, de wisselwerking tussen medische en juridische aspecten en de betrokken actoren. Op basis daarvan heeft de commissie een lijst opgesteld van organisaties c.q. personen die moesten worden gehoord om een volledig beeld van de problematiek te krijgen. Deze lijst is aangevuld met actoren die de commissie uit eigen beweging lieten weten dat zij graag met haar in gesprek zouden treden. Na de eerste hoorzittingen is een aantal organisaties opnieuw uitgenodigd en hebben nog een aantal aanvullende bijeenkomsten met betrokkenen plaatsgevonden.

De commissie heeft tijdens de hoorzittingen een groot aantal instanties en experts gehoord. De namen van de gehoorde personen en organisaties zijn opgenomen in een appendix. Omdat het onderzoek van de commissie door enkele onvoorziene tegenvallers langer duurde dan voorzien, zijn de gehoorde personen en organisaties in de zomer van 2003 in de gelegenheid gesteld schriftelijk te reageren op de conceptversie van de hoofdstukken 1-5 van het rapport. Met de talrijke reacties heeft de commissie rekening gehouden bij de opstelling van de uiteindelijke tekst van haar rapport.

Het onderzoek naar de internationale en nationale regels, de overeenkomsten en verschillen tussen Nederland en andere Europese landen inzake toelating en niet-uitzetting op medische gronden, en medisch onderzoek is uitbesteed aan het Centrum voor Migratierecht van de Katholieke Universiteit Nijmegen (CMR/KUN). Het CMR/KUN heeft verslag uitgebracht in februari 2002 in het rapport *Medische aspecten van vreemdelingenbeleid* (M. van den Bosch, G.J. van Dijk en K. Zwaan).

Aan het NIVEL is onderzoek uitbesteed naar het gebruik door onverzekerden van Nederlandse dialysecentra. Het NIVEL heeft in 2002 verslag uitgebracht in het rapport *Dialysecentra en zorg aan onverzekerden en asielzoekers* (I. Veldhuijzen en W. Devillé). Aan TNO Preventie en Gezondheid (TNO-pg) is verzocht literatuurstudies te verrichten naar gezondheidszorg voor illegalen en asielzoekers. TNO-pg heeft verslag uitgebracht in mei 2001 in het rapport *Financiering van zorg voor illegalen* (L.M. van Herten, S.A. van Reijneveld en J.A.J. Borghouts).

De onderzoeksverslagen zijn als bijlagen bij dit onderzoeksrapport opgenomen.

2 Omvang en aard van het verschijnsel

Dit hoofdstuk betreft het onderzoek naar en de analyse van een aantal kwantitatieve gegevens inzake medische aspecten van vreemdelingenbeleid over de periode 1995-2000. Het geeft daarmee de basis voor het beantwoorden van onderdeel i, ii, iii en vi van Deelonderzoek I van de onderzoeksopdracht.

Gevraagd werd naar:

- het aantal vreemdelingen bij wie medische gronden mede een rol hebben gespeeld bij het verzoek om toelating tot Nederland;
- het aantal vreemdelingen bij wie medische gronden mede een rol hebben gespeeld bij het verkrijgen van een toelating tot Nederland;
- het aantal vreemdelingen aan wie in Nederland uitstel van vertrek op medische gronden is verleend;
- de ontwikkelingen in het aantal migranten (die om toelating verzoeken op medische gronden) in de afgelopen vijf jaar.

De IND heeft de commissie geen gegevens kunnen verstrekken over het aantal verzoeken om toelating waarbij medische gronden een rol hebben gespeeld. Wel zijn er gegevens over deelcategorieën, zoals (1) het aantal verleende verblijfsvergunningen voor medische behandeling, (2) het aantal aanvragen om medische adviezen aan het Bureau Medisch Adviseur van de IND, en (3) het aantal asielzoekers dat tijdens of na afloop van de asielprocedure een apart verzoek om toelating op medische gronden heeft ingediend.

Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) berekende op basis van het Centraal Register Vreemdelingen (CRV) dat van de in 1998 toegelaten vreemdelingen er *ongeveer* 370 medische behandeling als verblijfsdoel hadden.⁶ In 1997 waren dat er *ongeveer* 330 en in 1996 *ongeveer* 480. Naar schatting van het CBS werd in die jaren duidelijk minder dan 1% van de toegelaten vreemdelingen voor medische behandeling toegelaten. In 2001 heeft de IND 212 verblijfsvergunningen voor medische behandeling verleend en ruim 726 aanvragen voor dat doel afgewezen. Het is niet bekend hoeveel vergunningen voor dit doel daarnaast door de plaatselijke vreemdelingendiensten zijn afgegeven. De cijfers van het CBS en de IND wijzen niet op een toename van het aantal voor dit doel verleende vergunningen in de afgelopen jaren.

Verder blijkt dat van het totale aantal begin 1999 in het CRV geregistreerde vreemdelingen, bij 1.560 vreemdelingen het verblijfsdoel 'voor medische behandeling' stond vermeld. Hieronder kunnen ook vreemdelingen zijn betrokken die in procedure waren over de verlening van een verblijfsvergunning voor dit doel. Het betreft zowel vreemdelingen die bij binnenkomst om een verblijfsvergunning voor medische behandeling vroegen als vreemdelingen die eerst voor een ander doel verblijf hadden verzocht, maar aan wie uiteindelijk een verblijfsvergunning voor medische behandeling werd verstrekt.

Aanvragen om medische adviezen bij het BMA

Het aantal aanvragen om medisch advies van de IND aan het BMA varieerde de afgelopen jaren aanmerkelijk, zoals blijkt uit de onderstaande cijfers.⁷

1997	1.457	adviesaanvragen
1998	3.267	

⁶ Vgl. het onderzoek van het CMR/KUN p.38.

⁷ INDIAC, *Evaluatie medische omstandigheden van asielzoekers*, p.20, Ministerie van Justitie, Den Haag 2001. Interne rapportage op te vragen bij de IND. Jaarrapportage asielketen 2000, TK 19 637, nr. 559, p.8 en Jaarverslag Gemeenschappelijk Centrum Speciale Taken van de IND over 2002, p.12.

1999	2.521
2000	1.678
2001	1.715
2002	2.376

Deze fluctuatie is niet alleen het gevolg van toe- of afname van het aantal vreemdelingen dat een beroep op medische gronden doet, maar ook van interne organisatorische processen binnen Justitie. Zo betreft circa 20% van de aanvragen zaken waarin opnieuw aan het BMA om advies wordt gevraagd, omdat de IND niet tijdig in de zaak had beslist en het eerder advies van het BMA derhalve niet langer als basis voor een beslissing kon dienen.⁸

Het aantal adviesaanvragen in de afgelopen jaren verschilt niet sterk van de aantallen adviezen die begin jaren negentig door de Geneeskundig Inspecteur van het ministerie van Justitie in vreemdelingenzaken werden uitgebracht. In 2002 bracht het BMA in totaal ruim 2000 adviezen uit. In 300 gevallen betrof het advies uitsluitend de vraag of de betrokken vreemdeling kon reizen. In de overige gevallen ging het meestal om de vraag of door het staken van een behandeling een medische noodsituatie zou ontstaan en de vraag of behandeling in het land van herkomst beschikbaar was. In 2001 was volgens het BMA in 46% van de gevallen en in 2002 in 44% van de gevallen sprake van een medische noodsituatie op korte termijn. In beide jaren was in 14% van de gevallen sprake van een medische noodsituatie en afwezigheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst.⁹

In de top-tien van herkomstlanden van vreemdelingen waarover het BMA advies uitbrengt, komen zowel herkomstlanden van veel asielzoekers voor als landen waaruit grote groepen andere immigranten in Nederland verblijven, zoals Suriname, Turkije en Marokko.¹⁰

Het verkrijgen van verdere kwantitatieve gegevens bleek uitermate lastig. De belangrijkste reden hiervoor is dat de meeste kwantitatieve vragen slechts kunnen worden beantwoord op basis van integraal onderzoek van de toelatingsdossiers over de periode 1995-2000. De registratiewijze van IND en BMA gedurende de genoemde periode komt echter niet tegemoet aan de informatiebehoefte van de commissie. De registraties leveren geen informatie over:

- medische gronden die mede een rol hebben gespeeld bij verzoeken om toelating,
- het stadium van de vreemdelingenrechtelijke procedure waarin die gronden worden aangevoerd,
- de invloed van medische gronden bij de beslissing tot toelating,
- de aard van de medische gronden waarop toelating tot Nederland is verzocht of verkregen dan wel waarop uitstel van vertrek is verleend.

Integrale bestudering van alle dossiers van de genoemde periode ter beantwoording van de gestelde vragen, is - gezien de aantallen - zodanig bewerkelijk dat het niet binnen de mogelijkheden van de commissie lag.

De commissie heeft daarom besloten op drie manieren kwantitatieve informatie te verzamelen. Ten eerste door gebruik te maken van wel beschikbare gegevens uit een intern onderzoek van INDIAC, het informatie- en adviescentrum van de IND. Ten tweede door tijdens hoorzittingen de vraag naar het aantal malen dat vreemdelingen zich beroepen op medische gronden bij een verzoek om toelating of niet-uitzetting aan de orde te stellen. Ten derde door het NIVEL opdracht te geven tot een onderzoek naar nierdialyse voor onverzekerden en asielzoekers.

⁸ INDIAC 2001, p.20 en Jaarverslag Gemeenschappelijk Centrum Speciale taken van de IND over 2002, p.12.

⁹ Informatie van het BMA aan de commissie.

¹⁰ Jaarverslag Gemeenschappelijk Centrum Speciale Taken van de IND over 2001, p.26.

2.1 Onderzoek IND: kwantitatieve gegevens inzake medische gronden bij asielaanvragen

In 2001 verrichte het INDIAC onderzoek naar de aard en de omvang van de ontwikkeling van asielaanvragen waarin medische redenen een rol spelen.¹¹ De reikwijdte van dit onderzoek was beperkt tot asielzoekers. Vreemdelingen die geen asielverzoek hebben ingediend, zijn geheel buiten beschouwing gebleven. Het onderzoek is bovendien beperkt tot die categorie asielzoekers die in de procedure een beroep doen op hun medische omstandigheden voor het verkrijgen van een verblijfsstatus. Buiten beschouwing bleven dus asielzoekers die medische problemen hadden waarop zij zich niet beriepen, bijvoorbeeld omdat ze niet op de hoogte waren van hun ziekte omdat die zich nog niet had gemanifesteerd (zoals seropositieven), en de grote groep vreemdelingen die een reguliere aanvraag hadden lopen. Het onderzoek betrof de periode eind 1997 tot begin 2000.

Medische problemen zijn voor de IND lang niet altijd reden om het BMA om advies te vragen.¹² De gegevens uit dit onderzoek geven dus geen antwoord op de vraag naar het aantal vreemdelingen dat medische gronden aanvoert bij een verzoek om toelating of niet-uitzetting. Bovendien werd toelating op grond van het traumabeleid buiten het bestek van het onderzoek gelaten. Ook is onbekend in hoeveel gevallen de IND de adviezen van het BMA wel of niet opvolgt.

De IND onderzoekers hebben uit de BVA-registratie een steekproef getrokken van ongeveer 10% van de hierboven genoemde categorie asielzoekers voor wie, in de periode half 1997 tot half 2000, een advies was aangevraagd. Van deze 754 personen zijn de adviesnota's uit het archief van het BMA gelicht en geanalyseerd. Vervolgens is voor de geselecteerde groep asielzoekers een handmatige koppeling met het INDIS-bestand (het IND-informatiesysteem) gelegd, teneinde procedurele informatie te verkrijgen. Analyse van het cijfermateriaal leert dat in 27% van de genoemde 754 gevallen het beroep op medische gronden in de eerste-aanlegfase van de asielpcedure werd gedaan; 55% van de aanvragen om advies vond plaats in een later stadium van de asielpcedure. In 17% van de gevallen was sprake van een verzoek om uitstel van vertrek in verband met medische omstandigheden. Dit betreft dus asielzoekers van wie de aanvraag definitief is afgewezen.

De IND onderzoekers concluderen op basis van deze cijfers dat als vreemdelingen een asielverzoek zouden doen met als achterliggend doel een medische behandeling te krijgen in Nederland, het verwachte aantal medische claims in de eerste-aanlegfase van de asielpcedure veel hoger zou zijn geweest dan nu het geval is.

Op basis van de adviezen van het BMA is moeilijk vast te stellen op welke medische gronden asielzoekers zich precies beroepen. Bovendien wordt in lang niet alle asielzaken waar medische aspecten bij de beslissing over toelating een rol spelen het BMA om advies

¹¹ INDIAC, 'Evaluatie medische omstandigheden van asielzoekers', Ministerie van Justitie, Den Haag 2001. Interne rapportage op te vragen bij de IND.

¹² Blijkens de zienswijze van het Comité tegen Foltering van 19 november 1998, RV 98.19 heeft Nederland betoogd dat het BMA consequent om advies wordt gevraagd als de asielzoeker aanvoert dat hij is onderworpen aan een wrede behandeling of marteling. Overweging 4.15 van deze zienswijze vangt aan met de volgende zin: 'The State party contends that whenever an asylum seeker states that he has been ill-treated or tortured the Immigration and Naturalisation Service asks the Medical Assessment Section of the Ministry of Justice to give an opinion'. Uit de hoorzittingen bleek echter dat van het consequent inschakelen van het BMA geen sprake is. Integendeel. Het ministerie acht het inschakelen van het BMA in dergelijke gevallen als regel niet nodig.

gevraagd.¹³ Voor meer gedetailleerde informatie is onderzoek nodig van medische dossiers. Hiervoor ontbraken op dat moment de mogelijkheden. Op basis van de adviezen komen ‘andere lichamelijke aandoeningen’ en ‘andere psychische aandoeningen’ met beide iets meer dan een derde van de gevallen naar voren als de grootste categorieën, gevolgd door PTSS met 19% en hiv/aids met 3%. Gezien de grove indeling in categorieën is deze informatie weinig nauwkeurig, maar het is wel duidelijk dat in de periode 1997-2000 meer dan de helft van de vreemdelingen voor wie het BMA wordt ingeschakeld, een psychische aandoening heeft.¹⁴

Op basis van gegevens uit het IND-rapport is naar een schatting van de commissie (die aan de onderzoekers van INDIAC is voorgelegd), in de periode waarop dit onderzoek betrekking heeft, bij minder dan 5% van alle asielzoekers door de IND aan het BMA om advies gevraagd.

Verder blijkt uit een brief van 11 februari 2003 van de minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie dat in de periode 1999-2002 in totaal 1808 (ex-)asielzoekers een aanvraag voor een reguliere vergunning voor medische behandeling hebben ingediend en dat uiteindelijk 363 vergunningen voor dat doel zijn verleend of verlengd.¹⁵

2.2 Informatie over gebruik van nierdialyse door onverzekerden en door asielzoekers (NIVEL-onderzoek)

Op verzoek van de commissie is het NIVEL nagegaan in welke mate dialysecentra zorg verlenen aan onverzekerde patiënten en aan asielzoekers. De onderzoekers hebben daartoe begin 2002 interviews gehouden met tien personen uit het veld van de dialysezorg. Daarnaast verrichten zij een nadere analyse van de uitkomsten van een enquête die in 2000 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg onder alle dialysecentra in Nederland werd uitgevoerd. Er werd een kort literatuuronderzoek uitgevoerd, een analyse van de gegevens van het COA over dialyserende asielzoekers en een vergelijking van die gegevens met de gegevens van alle asielzoekers in de jaren 1997-2001.

De onderzoekers stellen vast dat gebruik van dialysecentra door *onverzekerde patiënten* weliswaar voorkomt, maar zeldzaam is en zich voornamelijk tot de grote steden beperkt. Volgens de enquête van de IGZ, waaraan 45 van de 50 dialysecentra deelnamen, waren bij tweederde van de centra geen onverzekerde patiënten en bij een vijfde van de centra slechts één onverzekerde patiënt in behandeling. In totaal waren in de jaren 1998 en 1999 bij die centra 32 onverzekerde patiënten bekend. Dit getal kan een onderschatting van de problematiek zijn, omdat soms wel bij de financiële administratie maar niet op de afdeling waar de behandeling plaatsvindt, bekend is dat een patiënt niet is verzekerd. Anderzijds bleek dat het bij veel aanvankelijk onverzekerde dialysepatiënten na korte of langere tijd lukt een oude verzekering te herstellen of een nieuwe af te sluiten. Wel is duidelijk dat de groep onverzekerden zeer divers is samengesteld en zeker niet alleen uit illegalen, vreemdelingen of asielzoekers bestaat. Veel van de onverzekerden verblijven legaal in Nederland: het zijn Nederlanders of legaal hier wonende vreemdelingen. Meer dan de helft van de onverzekerde patiënten in de IGZ-enquête had Nederland, de Nederlandse Antillen of Suriname als herkomstland. Uit de interviews blijkt verder dat de meeste centra van mening zijn dat de

¹³ De Commissie heeft geen inzicht gekregen in het aantal gevallen waarin medische aspecten een rol spelen en geen advies van het BMA wordt gevraagd.

¹⁴ Dit lijkt ook in 2002 het geval te zijn. In ruim de helft van het aantal door het BMA geregistreerde diagnoses was sprake van PTSS of een ander psychiatrisch ziektebeeld. Het BMA noteert echter niet in alle gevallen de diagnoses en per patiënt kunnen meer diagnoses worden gesteld.

¹⁵ Zie het antwoord op vraag 9 in de brief van de minister aan de Tweede Kamer, TK 19637, nr. 716.

onverzekerde patiënten geen rol spelen in de capaciteitsproblematiek. De onderzoekers van het NIVEL wijzen er op dat volgens de Nierstichting in 2000 sprake was van een capaciteitsprobleem bij de dialysezorg, maar dat dit probleem ten tijde van hun verslaglegging in 2002 niet meer bestond.

Wat betreft de asielzoekers onder de dialysepatiënten constateren de onderzoekers van het NIVEL dat de meeste asielzoekers verzekerd zijn via de Zra. Wel is er een groep die onverzekerd is, met name afgewezen asielzoekers die een tweede of volgend asielverzoek hebben ingediend.¹⁶ In de jaren 1998 en 1999 had, blijkens de IGZ-enquête, driekwart van de centra één of meer asielzoekers onder behandeling. In totaal waren in die jaren 116 asielzoekers bij de 45 responderende centra in behandeling. Zowel in 1999 als in 2000 nam het aantal nieuwe dialyserende asielzoekers sterk toe: van 14 in 1998, naar 36 in 1999 en 26 in 2000. In 2001 daalde het aantal nieuwe patiënten uit deze groep naar 12. De piek in de jaren 1999 en 2000 werd vooral veroorzaakt door dialysebehoefte asielzoekers uit twee regio's: de voormalige Sovjet-Unie en ex-Joegoslavië. In 1999 betrof het een kleine groep van zes vluchtelingen uit Kosovo die door de Regering waren uitgenodigd. In 1999 waren 13 van de 14 en in 2000 7 van de 9 nieuwe dialysebehoefte asielzoekers uit de voormalige Sovjet-Unie afkomstig uit Armenië. Naar verluidt zou deze groep door bemiddeling van een lokale hulporganisatie naar Nederland zijn gekomen. Aan deze Armeniërs werd in de media ruime aandacht besteed.¹⁷ Het gaat hier kennelijk om twee incidentele gebeurtenissen. In 2001 was de instroom van nieuwe dialysepatiënten onder de asielzoekers lager dan de uitstroom. De totale incidentie lag in 1997 en 1998 rond 0,3 per 1000 asielzoekers. De incidentie steeg in 1999 tot 0,9 per 1000, maar daalde in de jaren daarna tot 0,5 per 1000 asielzoekers in 2001. De onderzoekers van het NIVEL concluderen dat de instroom van het aantal dialysebehoefte asielzoekers in 2000 en 2001 sterk is gedaald en dat, gezien de algemene daling van het totale aantal asielzoekers nadien, kan worden verwacht dat het aantal dialyserende asielzoekers verder zal afnemen.

2.3 Informatie uit de hoorzittingen

Tijdens de hoorzittingen gaven de gesprekspartners van de commissie aan dat zij geen of nauwelijks aanwijzingen hadden voor het, anders dan in incidentele gevallen, voorkomen van oneigenlijk gebruik van medische gronden ter verkrijging van toelating tot Nederland. Een enkele keer sprak een hulpverlener het vermoeden uit dat hij ooit wel eens met een oneigenlijk beroep op medische gronden was geconfronteerd. Vrijwel alle gesprekspartners bleken op de hoogte van het gebruik van dialysezorg door een groep onverzekerde vreemdelingen. Op dit punt is in paragraaf 2.2 nader ingegaan.

Voorts bleek uit de hoorzittingen dat men het buitengewoon onaannemelijk acht dat migratie om medische redenen op een zodanige schaal voorkomt dat de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in Nederland wordt aangetast. Hiervoor werden de volgende argumenten aangevoerd:

- Het reizen vanuit landen buiten Europa naar een land als Nederland is kostbaar, vooral wanneer daarbij moet worden gebruik gemaakt van mensensmokkelaars. Daarom stuurt de familie die de reis over het algemeen moet financieren met mensensmokkelaars geen

¹⁶ Zogenoemde 'Dublin-claimanten' hebben sinds het uitkomen van TBV 2002/48 (19 november 2002) wel recht op opvang.

¹⁷ Zie o.a. de reeks Patiënten zonder grenzen die in voorjaar 2001 verscheen in Vrij Nederland, met name in Vrij Nederland van 21 april 2001 ("Wie durft ze terug te sturen?") en van 5 mei 2001 ("Klommen, molens en niertransplantaties").

zieke mensen mee. Bovendien zal ziekte het maken van een lange of moeizame reis vaak onmogelijk maken.

- Oneigenlijke migratie om medische redenen veronderstelt de aanwezigheid van een netwerk (van familieleden, vrienden etc.) in het land van bestemming, dat beschikt over de mogelijkheden om toegang tot medische behandeling te verschaffen.
- Als er al sprake is van een dergelijk netwerk in het land van bestemming, levert dit vaak een belangrijke bijdrage aan het inkomen van de familieleden die zijn achtergebleven in het land van herkomst. Het is voor de leden van een dergelijk netwerk onaantrekkelijk om familieleden te laten overkomen die geen bijdrage kunnen leveren.
- Het komt waarschijnlijk wel voor dat vreemdelingen onder het mom van familiebezoek naar Nederland komen terwijl de primaire reden voor hun komst is dat zij een medische behandeling nodig hebben.¹⁸ Deze migranten keren doorgaans echter weer terug en zullen over het algemeen Nederland bezoeken op een bezoekersvisum. Aan het verlenen van het visum is over het algemeen de eis van een verzekering voor ziektekosten verbonden. Indien dat niet het geval is, dan blijkt de familie meestal bereid om de kosten van de medische behandeling te betalen. Dit is anders als sprake is van bejaarde ouders van Nederlanders of legaal in Nederland verblijvende vreemdelingen, die overkomen met het oog op een medische behandeling. Deze ouders zullen na afloop van de behandeling vaak permanent in Nederland willen blijven.
- De grootste groepen immigranten worden toegelaten voor gezinshereniging (partners en kinderen van hier al aanwezige personen), arbeid, asiel of studie. Voor deze categorieën spelen andere redenen dan de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland een doorslaggevende rol voor hun komst. Wat betreft asielzoekers blijkt uit onderzoek dat de komst naar Nederland (en niet naar een ander West-Europees land) in de meeste gevallen niet het gevolg is van een bewuste keuze van de asielzoeker.¹⁹

2.4 Constateringen op basis van de kwantitatieve gegevens over toelating op medische gronden

De commissie constateert dat het aantal vreemdelingen die op medische gronden toelating in Nederland of uitstel van vertrek vragen en verkrijgen zeer gering is in vergelijking met het totale aantal migranten.

Het aantal *verzoeken om toelating op medische gronden* in de periode 1995-2000 is niet nauwkeurig vast te stellen omdat dit niet is geregistreerd door de IND of het BMA. Uit het wel beschikbare cijfer materiaal concludeert de commissie echter dat sprake is van een relatief gering aantal. Het totale aantal geregistreerde niet-Nederlandse immigranten varieerde in de jaren 1997-2002 tussen de 77.000 en de 94.000 per jaar. In die jaren werd jaarlijks aan enkele honderden vreemdelingen een verblijfsvergunning op medische gronden verleend.

Met betrekking tot de omvang van het beroep op gezondheidszorg door legale vreemdelingen zijn de commissie geen cijfers bekend. Het meeste onderzoek betreft het gebruik van gezondheidszorg door allochtonen of immigranten, ongeacht hun nationaliteit. Het omvat zowel Nederlanders als vreemdelingen. Tijdens de hoorzittingen werd het gebruik door deze

¹⁸ Zie over deze groep ook J. Burgers en J. ten Dam, *Gezondheid en zorg*, hoofdstuk 6 in: J. Burgers en G. Engbersen, *De ongekende stad 1, Illegale vreemdelingen in Rotterdam*, Amsterdam 1999 (Boom).

¹⁹ L. Doornhein en N. Dijkhoff, *Toevlucht zoeken in Nederland*, WODC-rapport 148, Gouda Quint 1995. Zie ook A. Böcker en T. Havinga, *Asylum Migration to the European Union: Patterns of origin and destination*, Institute for Sociology of Law Nijmegen, European Commission, Brussels 1998; zie voor het VK, Robinson and Segrot, *Understanding the decision-making of asylum seekers*, Home Office Research Study 243, 2002 University of Wales, Migration Unit, Department of Geography.

groep niet als probleem genoemd. Over het gebruik van gezondheidszorg door illegaal verblijvende vreemdelingen zijn onvermijdelijk slechts fragmentarische gegevens bekend. Gezien de omvang van deze groep (minder dan één procent van de bevolking), de demografische kenmerken (vooral jonge mannen), alsmede de wettelijke en feitelijke belemmeringen voor hun toegang tot deze voorzieningen, ziet de commissie geen grond te vermoeden dat deze groep een bedreiging voor de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor de andere bewoners van Nederland zou vormen.

Het aantal vragen van de IND om medisch advies aan het BMA varieerde in de periode 1997-2002 tussen de 1.400 en 3.300 per jaar, met een piek in 1998. In de jaren 1998-2001 betrof circa 20% van deze aanvragen echter door de IND herhaalde aanvragen in zaken waarover het BMA al eerder adviseerde. Het merendeel van die adviezen betrof de vraag naar de *gevolgen van het staken van behandeling in Nederland* en naar *de mogelijkheid van behandeling elders*. Slechts in een (kleine) minderheid van die gevallen oordeelde het BMA dat uitzetting tot een medische noodsituatie zou leiden en behandeling in het herkomstland niet mogelijk was. Het is de commissie niet bekend in hoeveel gevallen in de genoemde jaren uitstel van vertrek op medische gronden is verleend. Welk deel van deze gevallen betrekking had op asielzoekers of op 'reguliere' vreemdelingen is onbekend. Op basis van gegevens uit het IND-rapport is naar schatting van de commissie, in de periode waarop dit onderzoek betrekking heeft, bij minder dan 5% van alle *asielzoekers* door de IND aan het BMA om advies gevraagd.

Het aantal vreemdelingen dat volgens een schatting van het CBS in 1999 hier verbleef voor het verblijfsdoel 'voor medische behandeling' was circa 1560. Gezien de totale vreemdelingenpopulatie op 1 januari 2000 (652.000) is dat een relatief klein aantal (0,2%). Wel kunnen kleine aantallen migranten met een specialistische hulpvraag onder deze voorzieningen een (tijdelijk) schaarsteprobleem doen ontstaan. Wat betreft de nierdialyse was die schaarste onder andere het gevolg van een groep asielzoekers uit Kosovo, die door de regering waren uitgenodigd juist omdat ze urgent medische behandeling nodig hadden, en van een groep asielzoekers uit Armenië die met de hulp van een particuliere organisatie naar Nederland waren gekomen. In beide gevallen betrof het incidentele gebeurtenissen. In het geval van de Kosovaren was de overkomst door de Nederlandse regering zelf geïnitieerd.

3 Verblijfsverlening en niet-uitzetting op medische gronden

Dit hoofdstuk beschrijft het internationaal en nationaal rechtelijk kader van verblijfsverlening en niet-uitzetting op medische gronden. Het geeft daarmee de basis voor het beantwoorden van de onderdelen iv en v van deelonderzoek I, het nationaal rechtelijk kader en voor de beantwoording van alle vragen van deelonderzoek II, het internationaal rechtelijk kader (vgl. de onderzoeksopdracht zoals weergegeven in par. 1.1).

De vragen omtrent het internationaal rechtelijk kader betreffen:

- de mate waarin Nederland op grond van nationaal en internationaal recht verplicht is tot de toelating van vreemdelingen op medische gronden en verplicht is tot het doen van onderzoek naar medische problemen van vreemdelingen in het kader van hun verzoeken om toelating, niet-uitzetting of medische behandeling;
- het toelatingsbeleid en uitstel van vertrekbeleid op medische gronden in de Europese landen Duitsland, Frankrijk, België, het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Zweden en Zwitserland;
- het verschil in aanbod van medische voorzieningen voor vreemdelingen in procedure in de genoemde landen; en
- de positie van Nederland ten opzichte van de genoemde landen.

De vragen omtrent het nationaal rechtelijk kader betreffen:

- de aard van de medische gronden waarop toelating tot Nederland is verzocht of verkregen, dan wel waarop uitstel van vertrek is verleend; en
- het stadium in de vreemdelingenrechtelijke procedure waarin de vreemdeling een beroep doet op medische gronden voor toelating of uitstel van vertrek.

Voor een uitvoerige beschouwing wordt naar onderzoek van het CMR/KUN verwezen, dat als bijlage bij dit rapport is gevoegd.

3.1 Het internationaal rechtelijk kader

Geen enkel verdrag verplicht de aangesloten staten tot verlening van een verblijfsvergunning aan vreemdelingen op medische gronden. Wel bevatten verdragen bepalingen die aan burgers het recht geven hun land te verlaten en uitzettingsverboden, dat wil zeggen verboden om vreemdelingen terug te sturen naar hun land van herkomst. De voornaamste uitzettingsverboden zijn te vinden of worden gelezen in het Vluchtelingenverdrag (VV, art. 33), het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM, art. 3) en het Anti-Folter Verdrag (AFV, art. 3). Het verbod om een asielzoeker terug te sturen naar zijn land van herkomst heeft in al die gevallen te maken met de onacceptabele situatie waarin de vreemdeling terecht komt bij terugzending naar zijn land van herkomst. Deze verdragsbepalingen bevatten geen expliciete verwijzing naar de gezondheidstoestand van de betrokken vreemdeling. De terugzending van een zieke vreemdeling naar zijn land van herkomst kan echter in strijd zijn met artikel 3 EVRM, als die vreemdeling daardoor terecht zou komen in een mensenwaardige situatie. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als in het land van herkomst geen medische behandeling mogelijk is, of als een begonnen medische behandeling wordt afgebroken. Een gebrekkige gezondheidszorg in het land van herkomst is echter slechts bij hoge uitzondering een reden voor het Europese Hof voor de Rechten van de Mens geweest om een mensenwaardige situatie aan te nemen.

Tot op heden heeft het Europese Hof slechts in één zaak op medische gronden de terugzending van een vreemdeling naar zijn land van herkomst verboden.²⁰ Het betrof de zaak St. Kitts van een terminale aids-patiënt voor wie een sociaal en medisch vangnet in zijn land van herkomst ontbrak. In zijn artikel 'Ernstig ziek in Straatsburg' geeft Bruin een overzicht van de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens over de vraag wanneer het uitzetten van een ernstige zieke naar zijn land van herkomst strijdig is met artikel 3 EVRM.²¹ Hij constateert dat het Hof vier criteria van belang acht: (i) de gevorderdheid van de ziekte²², (ii) de mogelijkheid van een medische behandeling in het land van herkomst, (iii) de aanwezigheid van familieleden als sociaal en medisch vangnet in het land van herkomst, en (iv) de duur van het verblijf in het land dat wil uitzetten.

Het is duidelijk dat de criteria die Bruin uit de uitspraken van het Europese Hof heeft afgeleid niet cumulatief en evenmin limitatief zijn bedoeld. Ook is er blijkens de jurisprudentie kennelijk verschil in het gewicht dat het Hof eraan geeft. De eerste twee criteria: het stadium van de ziekte en de mogelijkheid van een medische behandeling in het land van herkomst wegen kennelijk het zwaarst. Het derde en vierde criterium zijn waarschijnlijk minder beslissend.

Het Hof kende in de St. Kitts-zaak belangrijke betekenis toe aan het langdurig verblijf in het Verenigd Koninkrijk. De veronderstelling dat hiervoor mede redengevend was dat dit een verblijf in detentie betrof en dat bij de drugskoerier in kwestie tijdens zijn detentie in het Verenigd Koninkrijk besmetting met het aids-virus was geconstateerd, werd minder waarschijnlijk door een recente uitspraak van het Hof over een drugsdealer uit Colombia. Deze werd in Nederland veroordeeld en bij hem werd eveneens tijdens detentie, in dit geval in Nederland, besmetting met het aids-virus geconstateerd.²³ Het Hof wijdt in deze uitspraak geen enkele overweging aan de duur van het verblijf, of aan de vraag of Nederland door met de behandeling aan te vangen de verantwoordelijkheid voor betrokkene op zich had genomen. In de zaak van de Colombiaanse aids-patiënt had de ziekte zich tijdens verblijf in Nederlandse detentie gemanifesteerd. Deze nieuwe uitspraak wil echter niet zeggen dat het Hof er geen gewicht aan zal toekennen als de ziekte is ontstaan of in ernst is toegenomen door of onder verantwoordelijkheid van het gastland. Uit een recente uitspraak van het VN Mensenrechtencomité blijkt dat bijvoorbeeld ook de vraag van belang kan zijn of de ontvangende overheid (mede) schuldig is aan het ontstaan of verergeren van de ziekte. In de zaak van een Assyrische christen uit Iran die in Australië om asiel verzocht en daar was gedetineerd, oordeelde het Mensenrechtencomité onder meer dat de vrijheidsberoving van klager in strijd was met artikel 7 van het Internationaal Verdrag voor Burgerlijke en Politieke Rechten (IVBPR), nu de overheid op de hoogte was van zijn slechte geestelijke gezondheid en niet de noodzakelijke stappen had genomen om zijn geestelijke toestand te verbeteren (ro. 8.4).²⁴ Het Comité achtte uitzetting van klager naar een land waar het onwaarschijnlijk was dat hij een adequate behandeling voor zijn ziekte kon krijgen, terwijl die ziekte geheel of gedeeltelijk het gevolg was van schending van het IVBPR door Australië, in strijd met artikel 7 IVBPR (ro. 8.5).

²⁰ EHRM St. Kitts, 2 mei 1997, RV 1997,70.

²¹ R. Buin, Nieuwsbrief Asiel en Vluchtelingenrecht 05/01 p.316 e.v.

²² De commissie geeft er de voorkeur aan te spreken over 'het stadium van de ziekte'.

²³ EHRM Colombiaanse drugsdealer met HIV, 24 juni 2003, Appl. No. 13669/03, NAV 2003/262.

²⁴ VN-Mensenrechtencomité 28 oktober 2002 Comm. No.900/1999, NAV 2003/59 m.nt. I. Boerefijn.

Wat het stadium van de ziekte betreft, hechtte het Europese Hof in de St. Kitts zaak belang aan *'the final stages of a terminal illness'*, waarin de betreffende drugskoerier verkeerde. Uit de overwegingen van het Hof in de zaak Bensaïd²⁵ blijkt echter dat er niet per se sprake hoeft te zijn van een terminale situatie. Die zaak betrof een Algerijn die leed aan schizofrenie. Het Hof achtte het mogelijk dat een situatie waarin eisers psychische ziekte zou verergeren binnen artikel 3 EVRM valt. Het Hof overweegt: *'Deterioration in the applicant's already existing mental illness could involve relapse into hallucinations and psychotic delusions involving self-harm and harm to others, as well as restrictions in social functioning (...) The Court considers that the suffering associated with such a relapse could, in principle, fall within the scope of Article 3.'* (ro. 37). In deze uitspraak lijkt het Hof schending van artikel 3 EVRM mogelijk te achten bij een verslechtering van een ernstige medische situatie bij terugzending naar het land van herkomst. In de bovengenoemde recente uitspraak van de Colombiaanse aids-patiënt is het Hof echter terughoudender door erop te wijzen dat *'it does not appear that the applicant's illness has attained an advanced or terminal stage, or that he has no prospect of medical care or family support in his country of origin'*. Medische omstandigheden kunnen eveneens een rol spelen bij de beoordeling van de vraag of aan een vreemdeling verblijf moet worden toegestaan met het oog op het uit artikel 8 EVRM voortvloeiende recht op respect voor familie- en gezinsleven. Daarvan zou bijvoorbeeld sprake kunnen zijn als er vanwege medische problemen van een gezinslid van de betrokken vreemdeling, sprake is van een objectieve belemmering om het familie- en gezinsleven in het land van herkomst uit te oefenen.

Verder staan er relevante bepalingen in de recente EG-richtlijnen over de opvang van asielzoekers en over de tijdelijke bescherming bij een massale instroom. Na afloop van de termijn voor implementatie van de richtlijnen vormen de daarin opgenomen bepalingen omtrent het niveau van de medische voorzieningen voor Nederland bindend recht. De richtlijn tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten is aangenomen op 27 januari 2003 en moet op 6 februari 2005 in het Nederlandse recht zijn geïmplementeerd.²⁶ Artikel 13 van deze richtlijn bevat algemene bepalingen betreffende de materiële opvang en gezondheidszorg. Volgens het tweede lid zorgen de lidstaten voor materiële opvangvoorzieningen voor asielzoekers met het oog op een levensstandaard die voldoende is om onder meer hun gezondheid te verzekeren. Het derde lid biedt de lidstaten echter de mogelijkheid de toekenning van onder meer gezondheidszorg afhankelijk te stellen van de voorwaarde dat de asielzoekers zelf niet beschikken over de nodige middelen die voldoende zijn om hun gezondheid te verzekeren. Volgens het vierde lid kunnen de lidstaten in dat geval een bijdrage in de kosten verlangen. Artikel 15 van de richtlijn bepaalt dat de lidstaten er zorg voor dragen dat asielzoekers de nodige medische zorg ontvangen: ten minste spoedeisende behandelingen en essentiële behandeling van ziekten. Voorts bevat artikel 17 een algemeen beginsel voor personen met bijzondere behoeften en verlangt artikel 20 van de lidstaten dat personen die foltering, verkrachting of andere ernstige vormen van geweld hebben ondergaan, voor daardoor veroorzaakt letsel zo nodig de vereiste behandeling ontvangen. De richtlijn inzake tijdelijke bescherming bij een massale instroom werd aangenomen op 20 juli 2001.²⁷ Ook deze richtlijn bevat verplichtingen voor de lidstaten met betrekking tot het

²⁵ EHRM 6 februari 2001 Bensaïd, RV 2001/2 m.nt. Vermeulen, JV 2001/103.

²⁶ Richtlijn 2003/9/EG van de Raad van 27 januari 2003 tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten, Publicatieblad EG 6.2.2003 L31/18.

²⁷ Richtlijn 2001/55/EC van de Raad van 20 juli 2001 betreffende minimumnormen voor het verlenen van tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom van ontheemden en maatregelen ter bevordering van een

verlenen van gezondheidszorg. Artikel 13 van deze richtlijn bevat wat betreft de medische zorg voor personen die onder een regime van tijdelijke bescherming vallen, een overeenkomstige bepaling als art. 15 van eerder genoemde richtlijn. Verder dienen de lidstaten zorg te bieden aan hen die bijzondere behoeften hebben, zoals bijvoorbeeld slachtoffers van marteling, verkrachting of andere vormen van psychisch of seksueel geweld.

3.2 Het nationaal rechtelijk kader

De Nederlandse Vreemdelingenwet maakt onderscheid tussen asielaanvragen en reguliere aanvragen. In beginsel is de reguliere aanvraagprocedure en verblijfsverlening strikt gescheiden van de asielprocedure en de verblijfsverlening op asielgerelateerde gronden.²⁸ Asielgronden worden niet meegewogen bij reguliere aanvragen en andersom.²⁹

Regulier verblijf kan op medische gronden worden verleend, als wordt voldaan aan de drie in artikel 3.46 Vb genoemde voorwaarden:

- Nederland moet naar het oordeel van de minister het meest aangewezen land zijn voor de behandeling;
- het moet gaan om een medisch noodzakelijk behandeling;
- de financiering van de behandeling moet naar het oordeel van de minister deugdelijk zijn geregeld.

Behalve aan deze voorwaarden moet ook worden voldaan aan de algemene voorwaarden voor de verlening van een verblijfsvergunning regulier. Deze voorwaarden staan in artikel 16 Vw en betreffen onder meer de eis dat de vreemdeling aan het mvv-vereiste voldoet, een paspoort overlegt, geen gevaar is voor de openbare orde en duurzaam over voldoende bestaansmiddelen beschikt.

De drie specifieke criteria gaven, in de periode die door het CMR is onderzocht, in de praktijk te weinig houvast.³⁰ Uit de aan de rechter voorgelegde zaken blijkt dat het BMA vrijwel in alle gevallen heeft geoordeeld dat, ongeacht de aard van de ziekte, het land van herkomst geschikt was voor de behandeling van die ziekte. Een bijzondere specialisatie voor een bepaalde behandeling in Nederland speelt geen rol. Evenmin blijkt doorslaggevend te zijn of de noodzakelijke medische behandeling of medicatie in het land van herkomst voor de betrokken vreemdeling feitelijk toegankelijk en beschikbaar is. Daarom strandden de meeste aan de rechter voorgelegde gevallen al op het eerste criterium. Wat betreft het derde criterium, de aanwezigheid van een deugdelijke financiering, heeft recent een beleidswijziging plaats gevonden. Sinds januari 2003 (TBV 2003/2) is financiering afdoende geregeld als is aangetoond dat er een toereikende ziektekostenverzekering is afgesloten of dat de kosten door een ziekenfonds worden gedekt. Een ziektekostenverzekering die wordt bekostigd uit de openbare middelen wordt niet als toereikend beschouwd. In beginsel wordt geen genoegen genomen met garantverklaring door een referent.

evenwicht tussen de inspanningen van de lidstaten voor de opvang en het dragen van de consequenties van de opvang van deze personen, Publicatieblad EG 7.8.2001 L212/12. Een voorstel tot wijziging van de Vreemdelingenwet ter implementatie van de richtlijn is op 8 september 2003 aan de Tweede Kamer aangeboden. TK 29 031, nrs. 1-2. De richtlijn had op 1 januari 2003 in de Nederlandse wet moeten zijn geïmplementeerd.

²⁸ M. van Den Bosch, Gescheiden Gronden, Utrecht 2002 Forum), p.1 en p.29.

²⁹ ABRvS 28 december 2001, JV 2002, 71 en ABRvS 15 februari 2002, JV 2002, 101 m.nt. Olivier.

³⁰ Rapport CMR/KUN p.118. De jurisprudentie-analyse door het CMR/KUN heeft betrekking op beslissingen die zijn genomen onder vigeur van de 'oude' Vreemdelingenwet, maar de oude beleidsregels zijn in art 3:46 Vb overgenomen.

Naast toelating op medische gronden bestaat de mogelijkheid van toelating wegens een medische noodsituatie. Sinds februari 2003 ontleent de minister de bevoegdheid daartoe aan artikel 3.4 lid 3 Vb als sprake is van een medische noodsituatie van langdurige aard.³¹ In de recente beleidsregels van TBV 2003/2 is de volgende definitie van het begrip medische noodsituatie gegeven: de situatie waarbij betrokkene lijdt aan een stoornis, waarvan op basis van de huidige medisch-wetenschappelijke inzichten vast staat dat het achterwege blijven van behandeling op korte termijn zal leiden tot het overlijden, invaliditeit of een andere vorm van geestelijke of lichamelijke schade. Van een 'korte termijn' is volgens het beleid sprake als de genoemde gevolgen zich binnen drie maanden voordoen. Volgens dit nieuwe beleid moet de medische noodsituatie van langdurige aard zijn (langer dan een jaar).

Onder het oude beleid kregen ook vreemdelingen bij wie sprake was van een acute maar tijdelijke medische noodsituatie een verblijfsvergunning op medische gronden. In de praktijk zoals die tijdens de hoorzittingen bleek, werd een medische noodsituatie aangenomen indien het achterwege blijven van de medische behandeling naar alle waarschijnlijkheid binnen enkele weken of maanden zal leiden tot het overlijden van de vreemdeling, dan wel diens (vrijwel) volledige verlies van ADL-zelfstandigheid (Activiteiten Dagelijks Leven) of een andere vorm van ernstige geestelijke en/of lichamelijke schade.

Met dit oude beleid is in TBV 2003/2 gebroken. Als sprake is van een tijdelijke medische noodsituatie moet volgens het TBV voortaan een beroep op artikel 64 Vw worden gedaan (dit betreft het uitstel van vertrek wegens medische beletselen, zie hieronder). Verder kan de vreemdeling volgens TBV 2003/2 niet langer na drie jaar verblijf op grond van een medische noodsituatie voortgezet verblijf op dezelfde grond verkrijgen.

Medische omstandigheden kunnen in het kader van het reguliere beleid voorts een rol spelen als vrijstellingsgrond van het wettelijk mvv-vereiste³², en bij het (gunstige) uitzonderingsbeleid ten aanzien van verblijfsverlening aan Surinaamse vreemdelingen³³ De commissie heeft deze situaties buiten beschouwing gelaten.

Een verblijfsvergunning op asielgronden kan onder meer worden verleend als terugzending van de asielzoeker tot een wrede of onmenselijke behandeling of marteling zou leiden in de

³¹ Voorheen werd bij een medische noodsituatie vrijstelling verleend van de voorwaarden van artikel 3.46 Vb, maar in een brief van 4 februari 2003 aan de Tweede Kamer heeft de minister aangegeven dat artikel 3.46 Vb een algemeen verbindend voorschrift is dat geen uitzonderingen toelaat. Omdat het echter bij wijziging van de Vreemdelingenwet niet de bedoeling was het beleid omtrent de medische noodsituatie te wijzigen, heeft de minister een andere constructie gezocht en die neergelegd in TBV 2003/2 dat per 8 februari 2003 in werking is getreden en terugwerkt tot 1 april 2001.

³² Art. 17g Vw voorziet in de mogelijkheid om bij Amvb categorieën vreemdelingen van het wettelijk mvv-vereiste vrij te stellen. De vrijstellingen zijn neergelegd in artikel 3.71 Vb. Het vierde lid van deze bepaling bevat een hardheidsclausule: een aanvraag wordt niet afgewezen wegens het ontbreken van een mvv als dit naar het oordeel van de Minister zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard. In de Vreemdelingencirculaire B1/2.2.1. zijn categorieën vreemdelingen onder deze hardheidsclausule gebracht. Daaronder valt de situatie dat een vreemdeling aangeeft dat een noodzakelijke medische behandeling aan terugkeer naar het land van herkomst (om daar een mvv aan te vragen) in de weg staat. Hij hoeft dan niet te hebben aangetoond dat er sprake is van een medische noodsituatie.

³³ Art. 3.47 Vb bepaalt dat aan een vreemdeling van Surinaamse nationaliteit, die op medische indicatie en in het bezit van een daartoe afgegeven visum naar Nederland is gekomen, een vergunning kan worden verleend voorzover de medische behandeling in Nederland zes maanden na inreis nog noodzakelijk is. Vgl. Vc B8/4. Deze regels zijn een uitwerking van de afspraken in een bijlage bij de overeenkomst tussen Nederland en Suriname uit 1981 (Trb. 1981, 35). De Regeling Laagfrequente Aandoeningen (RLA) voorziet in financiering van behandeling in Nederland of op Curaçao voor Surinaamse patiënten die aan aandoeningen lijden die niet of niet adequaat in Suriname behandeld kunnen worden. Het project wordt gefinancierd uit de middelen die Nederland Suriname ter beschikking heeft gesteld bij het ontwikkelingsverdrag van 1975. Jaarlijks maken gemiddeld 200-225 patiënten gebruik van de RLA-regeling.

zin van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Hierboven kwam aan de orde onder welke omstandigheden het ontbreken van medische behandeling als wreed of onmenselijk kan worden beschouwd.

Een verblijfsvergunning op asielgronden kan eveneens worden verleend als sprake is van asielgerelateerde klemmende redenen van humanitaire aard, artikel 29, eerste lid onder c, Vw. Klemmende redenen van humanitaire aard zijn volgens de geldende beleidsregels slechts asielgerelateerd als de medische problematiek samenhangt met de redenen voor vertrek uit het land van herkomst. Hierbij wordt met name gedacht aan aldaar opgelopen trauma's. Daarom worden deze beleidsregels aangeduid als het traumatabeleid.

In de Vreemdelingencirculaire is een apart hoofdstuk gewijd aan het traumatabeleid (Vc C1/4). Daar wordt een reeks van traumatiserende gebeurtenissen genoemd die aanleiding kunnen zijn voor verblijfsaanvaarding. De lijst is limitatief.

Kort na de inwerkingtreding van de nieuwe Vreemdelingenwet is het traumatabeleid in die zin gewijzigd dat ook bijzondere individuele klemmende redenen van humanitaire aard die verband houden met de redenen van het vertrek uit het land van herkomst en met het asielrelaas, aanleiding kunnen zijn tot verblijfsverlening op grond van artikel 29, eerste lid onder c, Vw.³⁴ De lijst blijft daarmee limitatief maar de toevoeging van 'overige klemmende redenen van humanitaire aard' kan worden aangemerkt als een verruiming van het beleid. De strenge causaliteitseis moet echter worden beschouwd als een aanscherping. Er moet volgens de circulaire immers causaal verband bestaan tussen de traumatiserende gebeurtenissen en het vertrek uit het land van herkomst. Hierbij wordt het uitgangspunt gehanteerd dat de asielzoeker binnen zes maanden na de gebeurtenissen het land moet hebben verlaten. Als dat niet het geval is, wordt de verblijfsvergunning in beginsel geweigerd, tenzij hij aannemelijk maakt dat er toch sprake is van een causaal verband. De Raad van State heeft deze strenge causaliteitseis geaccepteerd.³⁵

Deze causaliteitseis is nog verder aangescherpt in TBV 2002/65 inzake het traumatabeleid. Het verzoek van een asielzoeker, die weliswaar binnen zes maanden na een traumatische gebeurtenis zijn land van herkomst heeft verlaten, maar voorafgaand aan zijn komst naar Nederland langer dan zes maanden in een derde land heeft verbleven, wordt in beginsel niet ingewilligd. Dit kan alleen anders zijn indien de asielzoeker aannemelijk maakt dat hij zich in het derde land niet kon handhaven. Het is opmerkelijk dat wedertoevlating tot het derde land geen rol speelt bij de beoordeling. Indien terugkeer naar het derde land niet mogelijk is, dan zal volgens het nieuwe beleid terugkeer naar het land van herkomst moeten plaatsvinden. Het argument hiervoor is dat terugkeer immers ook wordt gevergd van een asielzoeker die zijn land van herkomst pas na een periode van zes maanden na een traumatische gebeurtenis heeft verlaten.

Voor alle vreemdelingen, afgewezen asielzoekers en zij die een ander verblijfsdoel voor ogen hadden, geldt de algemene regel dat een vreemdeling die hier niet of niet langer rechtmatig verblijft heeft, Nederland uit eigen beweging dient te verlaten. De vreemdeling heeft in beginsel een vertrektermijn van vier weken. Daarna kan het vertrek door de overheid worden afgedwongen door uitzetting. Op de bevoegdheid tot uitzetting wordt in artikel 64 van de Vreemdelingenwet een uitzondering gemaakt bij het bestaan van medische beletselen voor uitzetting. Uitzetting blijft achterwege zolang het niet verantwoord is dat hij reist, gelet op de gezondheidstoestand van de vreemdeling of een van zijn gezinsleden. Dit geeft hem echter geen recht op een verblijfsvergunning. Een vreemdeling die in verband met het bepaalde in artikel 64 Vw niet wordt uitgezet verblijft wel rechtmatig in Nederland en heeft krachtens

³⁴ TBV 2001/29 van 20 september 2001. Zie ook TBV 2002/29 van 17 juli 2002.

³⁵ ABRvS 11 september 2001, JV 2001, 306.

artikel 1, lid 6 jo. artikel 3, lid 2, RvA vergelijkbare rechten als een asielzoeker tijdens zijn procedure (zoals opvang en verzekering).³⁶

3.3 Vergelijking met omliggende landen in Europa

Uit het onderzoek van het CMR/KUN blijkt dat de Nederlandse regelgeving en het Nederlandse beleid niet op wezenlijke punten afwijken van de de zeven andere Europese landen met betrekking tot medische aspecten. Wel zijn er enkele opmerkelijke verschillen. Bij de toelating voor het ondergaan van een medische behandeling stellen alle onderzochte landen twee vereisten: de medische noodzaak van de behandeling en de garantie dat de benodigde financiële middelen aanwezig zijn. In een aantal onderzochte landen – België, Spanje (alleen voor minderjarigen) en Zweden – bestaat echter de mogelijkheid tot verlening van een verblijfsvergunning om een medische behandeling te ondergaan. Als gevolg hiervan staat de gezondheidszorg in die landen dus open voor vreemdelingen die zelf voorzien in de kosten van die zorg. De Nederlandse regelgeving is op dit punt strenger omdat, anders dan in genoemde landen, ook de eis wordt gesteld dat Nederland het meest aangewezen land is of dat behandeling in eigen land onmogelijk is.

Alle onderzochte landen kennen de mogelijkheid om verblijf toe te staan op humanitaire gronden, waaronder ook medische omstandigheden kunnen vallen. Met name de toegankelijkheid van de noodzakelijke medische voorzieningen in het herkomstland speelt hierbij een rol. De meeste landen kennen een onderscheid tussen uitstel van vertrek vanwege medische omstandigheden en de verlening van een (tijdelijke) verblijfsvergunning vanwege medische omstandigheden. In alle onderzochte landen behalve Spanje is het mogelijk af te zien van uitzetting vanwege medische omstandigheden.

In een aantal van de onderzochte landen blijkt uit de regelgeving duidelijker dan in Nederland dat bij de beoordeling van de uitzettingsvraag niet alleen de aanwezigheid van medische voorzieningen van belang is, maar ook of die voorzieningen voor de betrokken vreemdeling feitelijk toegankelijk zijn.

In de meeste onderzochte landen wordt in de wetgeving een strikt onderscheid gemaakt tussen reguliere procedures en asielprocedures. Dit onderscheid blijkt echter in de praktijk als er sprake is van medisch relevante aspecten juist niet zo strikt te worden gehanteerd.

Alleen in Zweden bestaat een specifieke wetgeving over de bewijskracht van medische rapportages in asielprocedures. In de andere onderzochte landen gelden de algemene bewijsregels ook voor medisch bewijs. De waardering van medische bewijsmiddelen is in veel gevallen afhankelijk van de instantie die de medische rapportage heeft opgesteld. Aan rapporten van gespecialiseerde instanties of artsen wordt in de asielprocedure in verschillende landen veel gewicht toegekend. Indien zulk onderzoek voorhanden is, moet daar zorgvuldig mee worden omgegaan (inschakeling arts) en bij afwijzing van het verzoek moet gemotiveerd op het medisch rapport worden ingegaan.

In Duitsland en Zweden hebben asielzoekers lopende de procedure recht op medisch noodzakelijke behandelingen. In de overige landen hebben asielzoekers tijdens de procedure recht op alle medische voorzieningen waar personen met de nationaliteit van het betreffende land ook

³⁶ TBV 2001/31 regelt de uitvoering van de uitbreiding van de Rva 1997 voor vreemdelingen die op grond van artikel 64 Vw niet mogen worden uitgezet en voor vreemdelingen in procedure die zich feitelijk in dezelfde medische situatie bevinden als vreemdelingen die vallen onder het bereik van artikel 64 Vw. Deze TBV gold voor een jaar, maar is verlengd door achtereenvolgens TBV 2002/43 en TBV 2003/39.

recht op hebben. Zij hebben òf een recht op medisch noodzakelijke behandelingen òf een recht op alle medische voorzieningen. Een ‘tussencategorie’ (bijvoorbeeld een nader bepaald pakket van medische voorzieningen voor asielzoekers) bestaat in de onderzochte landen dus niet. In geen van de onderzocht landen worden bepaalde, bijvoorbeeld zeer kostbare, behandelingen expliciet uitgesloten voor asielzoekers.

3.4 Constateringen op basis van het nationaal en internationaal rechtelijk kader

De commissie constateert dat de Nederlandse wet- en regelgeving inzake de toelating en uitzetting van vreemdelingen op medische gronden in grote lijnen in overeenstemming is met de eisen die daaraan in het internationale recht worden gesteld. Op het gebied van toelating en niet-uitzetting van vreemdelingen op medische gronden wijken regelgeving en beleid in Nederland niet significant af van andere Europese landen.

Wel heeft de commissie op basis van het onderzoek enkele punten van kritiek.

Nederland is strenger bij de toelating voor medische behandeling dan de meeste onderzochte landen, omdat het de eis stelt dat Nederland ‘het meest aangewezen land’ voor behandeling moet zijn, terwijl onduidelijk is wanneer aan voorwaarde is voldaan.

In de Nederlandse wet- en regelgeving is onvoldoende gegarandeerd dat een asielzoeker zich tijdens de procedure door een arts kan laten onderzoeken om vast te stellen of de betrokkene mogelijk martelingen heeft ondergaan. Medische rapportage kan immers relevant zijn voor de inschatting van de aanwezigheid van ernstige trauma’s en van het risico van toekomstige marteling. Evenmin is in de huidige asielprocedure voldoende gegarandeerd dat Nederland zijn internationaal-rechtelijke onderzoeksplicht nakomt in gevallen waarin de vreemdeling zelf medisch bewijs heeft aangedragen (vgl. par. 4.2).

Het was in het oude beleid tot begin 2003 onduidelijk in welke omstandigheden werd aangenomen dat er sprake was van een medische noodsituatie. Het begrip medische noodsituatie bleek in de praktijk moeilijk te hanteren. In het nieuwe beleid is een definitie van het begrip medische noodsituatie opgenomen. Dit heeft tot de aanscherping geleid dat de medische noodsituatie van langdurige aard moet zijn. Als sprake is van een acute maar tijdelijke medische noodsituatie kan slechts uitstel van vertrek wegens medische beletselen worden verleend. Ook kan de vreemdeling na drie jaar verblijf op grond van een medische noodsituatie geen voortgezet verblijf op deze grond verkrijgen. Met deze aanscherpingen van het beleid en de in paragraaf 3.2 genoemde aanscherpingen in het traumabeleid (de strenge causaliteitseis en de mogelijkheid om een veilig derde land tegen te werpen zonder dat wedertoeelating in dat land is verzekerd), stelt de Nederlandse regering het belang van een streng toelatingsbeleid boven het belang van getraumatiseerde vreemdelingen bij verblijfszekerheid en zorg.

De recente EG-richtlijnen inzake de behandeling van asielzoekers en personen die tijdelijke bescherming nodig hebben, beperken de mogelijkheid om aan deze personen bepaalde vormen van medische behandeling te onthouden. Dat geldt eveneens voor de pre- en postnatale zorg voor moeder en kind. Op grond van het VN Vrouwenverdrag moet die zorg zo nodig kosteloos worden verleend. Beperking van gezondheidszorg voor asielzoekers (en voor illegale vreemdelingen) komt al snel in strijd met het internationaal-rechtelijke verbod om bij de toegang tot gezondheidszorg te discrimineren (art. 12 IVSECR, zie par. 5.1).

4 Medische informatie, medisch onderzoek en medisch advies

Dit hoofdstuk beschrijft de rol van medische informatie, medisch onderzoek en medische advisering bij de vraag of medische gronden reden moeten zijn voor toelating, niet-uitzetting en het verlenen van medische zorg aan vreemdelingen. Op basis van de bevindingen van dit hoofdstuk zal de commissie conclusies formuleren over de positie van het medisch advies in de Nederlandse vreemdelingenrechtelijke procedure.

4.1 Medische informatie, medisch onderzoek en medisch advies bij vragen van toelating en uitzetting

Indien medische aspecten een rol spelen bij de vraag naar de toelating of niet-uitzetting van vreemdelingen, kan de minister van Vreemdelingenbeleid en Integratie een beroep doen op de deskundigheid van het Bureau Medische Advisering (BMA). Het BMA is een onderdeel van de IND en dus van het ministerie van Justitie. De IND kan intern advies vragen aan het BMA als de vreemdeling aangeeft dat er medische omstandigheden zijn die reden kunnen vormen tot toelating of niet-uitzetting. De vreemdeling en zijn advocaat of rechtshulpverlener kunnen het BMA niet zelfstandig om advies vragen. De vragen van de IND aan het BMA kunnen betrekking hebben op:

- Een rapport van de medische onderzoeksgroep van Amnesty International (zie paragraaf 4.2);
- De medische situatie van betrokkene en diens behandeling;
- De vraag of het uitblijven van een behandeling leidt tot een medische noodsituatie op korte termijn;
- De vraag of de medische situatie van betrokkene een belemmering is om te reizen.

Het BMA wordt niet geacht andere vragen te beantwoorden dan de standaardvragen die de IND heeft geformuleerd. Dit komt desondanks wel eens voor. Het BMA bepaalt dan per geval of de betreffende vraag beantwoord kan worden.

Het advies van het BMA aan de minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie over de medische problematiek van een vreemdeling kan worden gekenmerkt als een geneeskundige. Het is immers een schriftelijke verklaring door een arts waarin deze een waardeoordeel met betrekking tot de patiënt en diens gezondheidssituatie geeft. Deze verklaring wordt aan een derde overgelegd. Het BMA verstrekt als regel geneeskundige verklaringen zonder dat het de betrokkene zelf ziet. Het BMA wint over het algemeen informatie in over de medische gegevens bij de behandelend arts. Deze verstrekt de gevraagde informatie slechts met toestemming van de vreemdeling aan het BMA. Als de vreemdeling toestemming onthoudt, kan dat in de procedure als argument tegen hem worden gebruikt. Overigens komt het voor dat de behandelend arts en/of andere zorgverleners op een verzoek om informatie door het BMA niet reageren. De consequentie hiervan is dat het BMA geen advies uitbrengt of haar advies baseert op informatie van behandelaars die wel gegevens hebben verstrekt.

Het BMA onderzoekt het medisch dossier van de vreemdeling en brengt vervolgens op basis van een modelvraagstelling van de IND advies uit. Het BMA onderzoekt daarnaast ook de behandelmogelijkheden in het land van herkomst. De vraag welke behandelingen beschikbaar zijn in het land van herkomst, beantwoordt het BMA op het niveau van de medisch-technische beschikbaarheid in het betreffende land. Het BMA beantwoordt deze vraag aan de hand van informatie verkregen van het ministerie van Buitenlandse Zaken, vertrouwensartsen in het land van herkomst, berichten van SOS en rapporten van eigen missies. De vraag of de

behandeling ook feitelijk toegankelijk is voor de betrokken vreemdeling wordt door het BMA als een niet-medische kwestie beschouwd en derhalve door het BMA ook niet beantwoord.

Naast de vragen die de IND aan het BMA kan stellen, kunnen er ook andere medische kwesties spelen. Het gaat hier bijvoorbeeld om de vraag of de medische situatie van de asielzoeker een beletsel vormt om hem te horen over zijn asielmotieven. Dit is veelal aan de orde in een AC, waar GGD-artsen dergelijke kwesties beoordelen. Een andere vorm van medisch onderzoek is het leeftijdsonderzoek bij minderjarige asielzoekers. Dit onderzoek wordt verricht door een daartoe door de IND aangezochte fysisch antropoloog, in samenwerking met radiologen.

4.2 Medische informatie, medisch onderzoek en medisch advies bij de waarheidsvinding in asielzaken

Ten tijde van de opdrachtverlening aan de commissie werd nog geen 20% van het aantal asielverzoeken in het aanmeldcentrum (AC) afgewezen. In december 2002 was dat percentage opgelopen tot 60%. Volgens de meest recente rapportage vreemdelingenketen is dit percentage in de eerste vier maanden van 2003 gedaald tot 38%. Dit geeft echter een vertekend beeld, zoals de rapportage ook zelf meldt.³⁷ In de eerste vier maanden van 2003 kwamen van de 5244 aanvragers er 1829 uit Irak. De asielverzoeken van Centraal- en Noord-Iraakezen worden vanwege het besluitmoratorium niet in een AC afgedaan. Als deze zaken niet worden meegeteld blijft het afdoeningspercentage in de AC's tamelijk constant (ongeveer 58% in de eerste vier maanden van 2003). Binnen de AC-procedure is er geen ruimte voor deskundige beoordeling van medische vragen die verband kunnen houden met de asielaanvraag. Wel kan binnen de 48-uursprocedure een arts worden gevraagd na te gaan of de asielzoeker in staat is om te worden gehoord over zijn asielmotieven. Deze vraag wordt zoals gezegd meestal voorgelegd aan een GGD-arts, al dan niet via een verpleegkundige.³⁸

Human Rights Watch heeft in een recent rapport over de Nederlandse asielprocedure scherpe kritiek op de AC-procedure geleverd.³⁹ Als belangrijk punt van kritiek noemt de organisatie de versnelde behandeling van zaken waarin gecompliceerde bewijsproblematiek aan de orde is, bijvoorbeeld wanneer sprake is van ernstige trauma's. Een van de aanbevelingen van Human Rights Watch is om asielzaken waarin ernstige fysieke of psychologische problemen spelen op het moment dat de gehoren plaatsvinden, zaken waarbij personen betrokken zijn die mogelijk slachtoffer zijn van martelingen of seksueel geweld, en zaken van andere personen die tekenen van trauma's vertonen, niet in de versnelde procedure te behandelen maar door te verwijzen naar de gewone procedure.⁴⁰

Voor alle AC's geldt dat er verontrustende signalen zijn vanuit de uitvoeringspraktijk. Zo zouden artsen adviseren over zaken waar hun deskundigheid beperkt is. Dit betreft met name GGZ-vragen, waarover artsen zonder specifieke deskundigheid op dat terrein uitspraken zouden doen. Verder zouden verpleegkundigen, soms na telefonische raadpleging van een

³⁷ Rapportage vreemdelingenketen KST 19637 nr. 756.

³⁸ Het beoordelen van de vraag of betrokkene kan worden gehoord, houdt het stellen van een diagnose in en valt om die reden buiten de competentie van een verpleegkundige. Aldus Rechtbank Den Haag 24 januari 2003, Medisch Contact 2003, nr. 36, p. 1264-1366.

³⁹ Human Rights Watch, *Fleeting Refuge: The triumph of efficiency over protection in Dutch asylum policy*, Vol. 15, No 3 (D) – April 2003.

⁴⁰ Human Rights Watch, *Fleeting Refuge*, p.3 Recommendation 2.

arts, een advies verstrekken over de vraag of een asielzoeker in staat is in het AC een nader gehoor te ondergaan. Voorts zou de IND stelselmatig weigeren een nader oordeel van een psychiater of psycholoog te vragen als juristen, advocaten of medewerkers van Vluchtelingenwerk hierop aandringen vanwege het vermoeden van een serieus probleem. De IND zet dan over het algemeen de 48-uursprocedure voort en oordeelt over het asielrelaas aan de hand van de feiten die dan beschikbaar zijn.

Het BMA wordt niet ingeschakeld ten behoeve van de waarheidsvinding in asielzaken. Het argument dat het ministerie van Justitie hiervoor aandraagt, is dat er medisch gezien meestal geen zekere uitspraken zijn te doen over de oorzaak van de medische klachten of littekens. Medische klachten die een asielzoeker stelt te ondervinden als gevolg van gebeurtenissen die hem in het land van herkomst zijn overkomen, spelen in beginsel geen rol bij de beoordeling van zijn asielverzoek.

Ook voor toelating in het kader van het traumatabeleid is de aannemelijkheid van het asielrelaas doorslaggevend en niet de medische situatie van de asielzoeker. Het BMA wordt niet ingeschakeld in het kader van het traumatabeleid. Het gestelde trauma hoeft - en kan - volgens het ministerie van Justitie niet door de asielzoeker worden bewezen door middel van medisch onderzoek. Het BMA wordt in het kader van het traumatabeleid slechts ingeschakeld als er ter ondersteuning van het asielverzoek een rapportage voorligt van de medische onderzoeksgroep van Amnesty International.

Volgens het nationale recht verplicht artikel 3:2 Awb het bestuur tot het inwinnen van informatie ter voorbereiding van een besluit. Het is echter niet geheel duidelijk wat de betekenis van deze bepaling is voor de verplichting van de overheid medisch onderzoek te verrichten als een asielzoeker zich op medische omstandigheden beroept. In principe kan worden gezegd dat als een asielzoeker zich bij zijn aanvraag beroept op zijn medische situatie, de IND gericht daarop moet reageren. Als het de IND op dit gebied aan deskundigheid ontbreekt, zou men het BMA of een deskundige arts terzake om advies kunnen vragen.

Voor wat betreft het internationale recht is in de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens en in zienswijzen van het Comité Tegen Foltering (CAT) in een aantal gevallen een onderzoekspllicht voor staten aangenomen als er relevante medische gegevens zijn die mogelijk duiden op ondergane marteling. Het Europese Hof heeft in een aantal uitspraken geoordeeld dat medische rapportages kunnen bijdragen aan de waarheidsvinding, bijvoorbeeld in de zaak T.I. tegen het Verenigd Koninkrijk.⁴¹ Ook is een aantal malen een verplichting voor een lidstaat aangenomen tot het verrichten van medisch onderzoek. Met name als de vreemdeling zelf medisch bewijs overlegt dat door de overheid wordt betwist, kan voor de overheid de verplichting bestaan tot het verrichten van medisch onderzoek. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de uitspraak van het Hof van 6 maart 2001 in de zaak Hilal tegen het Verenigd Koninkrijk: *'Though the Government have expressed doubts on the authenticity of the medical report, they have not provided any evidence to substantiate these doubts or to contradict the opinion provided by the applicant. Nor did they provide an opportunity for the report and the way in which the applicant obtained it to be tested in a procedure for the Special Adjudicator.'*⁴²

⁴¹ EHRM T.I t. VK, 7 maart 2000, RV 2000/1.

⁴² EHRM Hilal t. VK 6 maart 2001, RV 2001/1 r.o. 63.

Uit zienswijzen van het CAT blijkt dat ook dit Comité van oordeel is dat medische rapportages kunnen bijdragen aan de waarheidsvinding als de vraag aan de orde is of een vreemdeling bij uitzetting het gevaar loopt te worden gemarteld. Het CAT vindt daarom dat er voor de overheid een onderzoeksplicht kan ontstaan, zeker indien de vreemdeling zelf medisch bewijs heeft aangedragen. De overheid moet dan gemotiveerd kunnen aangeven waarom zij tot het oordeel is gekomen dat dit bewijs geen nader onderzoek vergt. Voorts blijkt uit zienswijzen van het CAT dat de gezondheidstoestand van de vreemdeling, blijkend uit een medische rapportage, kan dienen ter rechtvaardiging van inconsistenties in het relaas van de vreemdeling.⁴³ Hoewel het CAT in een aantal zaken geen belang hechtte aan medische rapportages en medisch bewijs (onder meer in de zaken S.L. t. Zweden⁴⁴ en F.F.Z t. Denemarken⁴⁵), blijkt uit een zienswijze van het CAT van 25 mei 2002 in de zaak Karoui t. Zweden dat het in voorkomende gevallen wel degelijk betekenis toekent aan ingebrachte medische stukken. In deze zaak blijkt met name opnieuw dat het Comité van oordeel is dat medische rapportages kunnen bijdragen aan de waarheidsvinding.⁴⁶

Het BMA wordt niet standaard ingeschakeld om de inhoudelijke beoordeling van de medische aspecten van de behandelend ambtenaar te steunen of te heroverwegen. In gevallen waarin er ter ondersteuning van het asielverzoek een rapportage voorligt van de medische onderzoeksgroep van Amnesty International (hierna: medische onderzoeksgroep) werd de afgelopen jaren over deze rapportage in de regel wel het advies van het BMA gevraagd. De indruk bestaat dat onder de nieuwe Vreemdelingenwet rapportages van de medische onderzoeksgroep terzijde worden geschoven zonder dat het BMA is geconsulteerd; dit vanwege de bepaling in de Vreemdelingen-circulaire dat medisch onderzoek niet kan bijdragen aan de bewijslast.

De medische onderzoeksgroep van Amnesty International beschikt over specifieke geneeskundige expertise. De onderzoeksgroep bestaat uit 50 medici (10 specialisten, met inbegrip van de psychiatrie). Het zijn vrijwillige artsen die zijn ingewerkt door ervaren rapporteurs. De onderzoeksgroep werkt volgens een protocol dat is gebaseerd op het zogenaamde Istanbul-protocol.⁴⁷

De onderzoeksgroep wordt ingeschakeld als rechtsbijstandverleners aan Amnesty International vragen stellen over het verband tussen medische klachten en gebeurtenissen in het land van herkomst. De procedure bij Amnesty International is dan als volgt. Een landenspecialist beoordeelt de geloofwaardigheid van het asielrelaas. Indien hij het relaas voldoende geloofwaardig acht gaat het dossier naar een lid van de medische onderzoeksgroep. Als de arts van oordeel is dat hij een zinvolle toelichting kan geven vanuit medisch-psychologisch perspectief dan stelt hij een rapport op. Dat rapport wordt getoetst door een ander lid van de medische onderzoeksgroep.

Uit de evaluaties van de medische onderzoeksgroep van Amnesty International over de periode 1990-1998, dus voor de inwerkingtreding van de thans geldende Vreemdelingenwet,

⁴³ Zie onder meer CAT Communication no. 124/1998, 12 mei 1999 (A t. Nederland) en de andere zienswijzen van het CAT genoemd op p.9-12 van het CMR/KUN-rapport; Zie ook Bruin NAV 1998, p.872-876.

⁴⁴ Communication CAT no. 150/1999 11 mei 2001.

⁴⁵ Communication CAT no. 180/2001 24 mei 2001.

⁴⁶ Communication CAT no.185/2001, 25 mei 2002, Karoui t. Zweden, NAV 2002/253 p.589 e.v. m.nt. Bruin. Vgl. ook noot 12 in hfst. 2.

⁴⁷ Zie Amnesty International Medische Onderzoeks Groep, protocol voor rapportage, januari 2000 en het Manual on the effective investigation and documentation on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment (Istanbul Protocol, submitted to the United High Commissioner for Human Rights, 9 august 1999).

is gebleken dat Amnesty International 200 tot 250 aanvragen per jaar via de rechtshulpverlening ontvangt. Uit de hoorzitting bleek dat dit aantal over de afgelopen jaren constant is gebleven. Ongeveer 40% van deze aanvragen wordt door de artsen van de groep onderzocht die de betrokkene in persoon ziet. De rest valt af in de voorbeoordeling door de landenspecialist en de arts. Uit het gesprek met vertegenwoordigers van de onderzoeksgroep kwam naar voren dat in een substantieel deel van de geaccepteerde gevallen het onafhankelijk onderzoek van de arts nieuwe feiten naar boven brengt.⁴⁸

Het aantal gevallen waarover de medische onderzoeksgroep van Amnesty International advies uitbrengt, is dus gering. In 2002 heeft de medische onderzoeksgroep in 71 zaken advies uitgebracht.. Het aantal advocaten dat bekend is met de werkzaamheden van de medische onderzoeksgroep is relatief klein: geschat wordt dat van de 600 hulpverleners er ongeveer 80 de medische onderzoeksgroep jaarlijks benaderen met een verzoek om een medisch onderzoek. De belangrijkste beperking voor het werk van de medische onderzoeksgroep vormen echter de termijnen van de AC-procedure. Deze procedure is te kort voor de medische onderzoeksgroep om verzoeken in behandeling te nemen die zijn ingediend vanuit het AC. De onderzoeksgroep heeft ongeveer acht weken nodig om te rapporteren.

Volgens het beleid worden de rapporten van de medische onderzoeksgroep van Amnesty International voorgelegd aan het BMA⁴⁹. De standaard-vraagstelling aan het BMA luidt in deze gevallen als volgt:

'Hierbij doe ik u een kopie toekomen van de rapportage van de medische onderzoeksgroep van Amnesty International afkomstig uit het dossier betreffende bovengenoemde vreemdeling. De vreemdeling heeft een asielaanvraag ingediend.

Heeft u kanttekeningen bij de inhoud van bovengenoemde rapportage?'

Hoe dit bureau met de rapporten omgaat is de commissie niet geheel duidelijk geworden.

Soms plaatst het BMA er zeer algemene kanttekeningen bij, soms stuurt het BMA het rapport met een ongemotiveerde conclusie naar de IND. De beslisambtenaar van de IND behoudt de volledige verantwoordelijkheid voor de beoordeling van de asielmotieven en is niet gebonden aan de conclusies van het BMA.

Uit de evaluaties van de medische onderzoeksgroep blijkt dat het overgrote deel van degenen over wie de artsen rapporteren, uiteindelijk een verblijfsstatus in Nederland krijgt, maar dat wil niet zeggen dat de verblijfsaanvaarding is gelegen in de aangedragen medische aspecten. Wel kan worden gesteld dat de IND in elk geval de afgelopen jaren aan rapportages van de medische onderzoeksgroep enig gewicht toekende, mede gezien het vaste beleid om deze rapportages aan het BMA ter beoordeling voor te leggen. Niet duidelijk is of dit beleid onder de nieuwe Vreemdelingenwet wordt gehandhaafd.

De Vreemdelingenwet geeft de IND zes maanden de tijd voor een beslissing op een asielverzoek. Die beslissing kan met nog eens zes maanden worden uitgesteld als deskundig advies nodig is. In de AC-procedure wordt echter binnen 48 uur een beslissing genomen. De asielzoeker van wie het verzoek in het AC wordt afgedaan, heeft in feite geen gelegenheid om deskundig medisch advies in te winnen.

⁴⁸ Men raadplege verder A. Geurts e.a., 'De twijfel te lijf. De betekenis van medisch onderzoek in de asielprocedure', in: R. Bruin (red.) *Wederzijds wantrouwen. De asielzoeker, de staat en de waarheid*, Amnesty International Nederland, Amsterdam 2001, en S. Vervaat, *Somatische en psychische problemen bij asielzoekers: bevindingen voor artsen van de Medische Onderzoeksgroep van Amnesty International, December 2000* (stageverslag).

⁴⁹ Dit is neergelegd in de IND-werkinstructies 187a en 225.

4.3 Constateringen omtrent medische informatie, medisch onderzoek en medische advisering

4.3.1 Medische informatie in het kader van de waarheidsvinding

Het uitgangspunt van het ministerie van Justitie dat medisch onderzoek geen rol speelt bij de waarheidsvinding in asielzaken, heeft tot gevolg dat medisch bewijs door de IND-ambtenaren als irrelevant voor de asielprocedure wordt aangemerkt. Als gevolg daarvan komen medische problemen pas laat in de procedure aan de orde of, tengevolge van de AC-procedure, helemaal niet. In internationale jurisprudentie is vastgesteld dat in specifieke gevallen een medische onderzoeksplicht op de gaststaat rust en dat medische rapportages kunnen bijdragen aan waarheidsvinding in asielzaken.

In de asielprocedure wordt in het algemeen aan medische informatie in het kader van de waarheidsvinding dus weinig tot geen waarde gehecht. Anderzijds wordt wel door de IND gebruikt gemaakt van leeftijdsonderzoek met betrekking tot het bepalen van de leeftijd van jeugdige asielzoekers. Dit leeftijdsonderzoek is omstrede. Deskundigen verschillen van mening over de vraag of de gebruikte methode wel geschikt is om met enige mate van zekerheid de leeftijd te bepalen. De toegepaste methode houdt in dat op basis van röntgenfoto's door een fysisch antropoloog een leeftijdsbepaling wordt gedaan. Deze methode is niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en staat niet onder extern toezicht.⁵⁰ Door in het algemeen van medische informatie in het kader van de waarheidsvinding geen gebruik te maken, maar wel de resultaten van het omstreden en mogelijk ondeugdelijke leeftijdsonderzoek te erkennen, ontstaat het beeld dat de overheid selectief van medische informatie gebruik maakt.

4.3.2 De werkwijze van het BMA

Het BMA verricht in opdracht van het ministerie van Justitie medisch onderzoek, hetgeen primair bestaat uit het beoordelen van (medische) informatie en het geven van (medische) adviezen. De adviezen van het BMA betreffen zowel vreemdelingen die een asielverzoek hebben ingediend als vreemdelingen die op reguliere gronden om toelating tot Nederland verzoeken. De commissie heeft met name aandacht besteed aan de advisering van het BMA over asielzoekers. Het onderstaande heeft op die advisering betrekking. Het BMA werkt in overeenstemming met de haar gegeven taken en heeft de afgelopen jaren gewerkt aan het systematiseren en borgen van de kwaliteit van de door haar uitgebrachte adviezen. De commissie waardeert de inspanningen van het BMA om binnen de bestaande randvoorwaarden tot een zorgvuldige advisering te komen. De commissie is echter van mening dat er bij de opdracht die het BMA heeft gekregen, onvoldoende rekening mee is gehouden dat de adviezen van het BMA waar het personen betreft moeten worden aangemerkt als medische verklaringen. Het gaat immers om een schriftelijke verklaring van een arts waarin op basis van verzamelde gegevens een oordeel wordt gegeven over de patiënt en diens gezondheidssituatie. Het afgeven van medische verklaringen wordt genormeerd door de professionele standaard van de arts, als bedoeld in art 7:453 BW. De inhoud van deze professionele standaard wordt bepaald door onder meer wettelijke regels, gedragsregels van de artsenorganisatie KNMG, uitspraken van (tucht)rechters, richtlijnen en standaarden e.d. die binnen de medische professie zijn ontwikkeld. Deze regels houden het volgende in:

- Geneeskundige verklaringen behoren niet te worden afgegeven door een arts met wie de patiënt een behandelrelatie heeft. Van een behandelend arts die een vertrouwensrelatie

⁵⁰ J. Mat, De solo van een antropoloog. NRC Handelsblad 30 augustus 2003, p. 29.

met een patiënt heeft, mag niet worden gevraagd dat hij een objectief oordeel geeft over een kwestie waarin die patiënt een direct belang heeft. Dat zou ertoe kunnen leiden dat de arts een verklaring afgeeft die gunstig is voor de patiënt.

- De arts die een geneeskundige verklaring afgeeft, behoort onafhankelijk te zijn en deskundig op het gebied waarop de verklaring betrekking heeft. Hij dient op de hoogte zijn van de normen en criteria die moeten worden gehanteerd. Bovendien moet de conclusie van de arts voortvloeien uit relevante (medische) argumenten.⁵¹ In relatie tot deze kwaliteitseis is van belang dat de arts die een geneeskundige verklaring opstelt een zorgvuldig onderzoek doet. Naarmate de belangen groter zijn, is het des te belangrijker dat de arts de betrokkene zelf ziet en onderzoekt. Dit is in enigszins vergelijkbare situaties, zoals de beoordeling door keuringsartsen in het kader van de sociale zekerheid, standaardpraktijk.

De commissie meent dat de advisering door het BMA om drie redenen op gespannen voet staat met de eisen die aan het afgeven van een geneeskundige verklaring mogen worden gesteld.

De eerste reden hangt samen met de positionering van het BMA ten opzichte van de IND. Een arts die een geneeskundige verklaring uitbrengt in een voor betrokkene gewichtige procedure moet dat kunnen doen op grond van de regels van zijn professie en zonder beïnvloeding door een van de partijen. Het BMA maakt onderdeel uit van de IND en het medische onderzoek door de BMA-artsen vindt plaats op basis van standaardvragen van de IND. Het BMA ontwikkelt wel eigen criteria, maar de inschakeling van het BMA, en de vraagstelling aan het BMA gebeuren op gezag van het ministerie van Justitie. Tevens moet het BMA verantwoording afleggen aan de IND. Dit geeft in elk geval de schijn van belangenverstrengeling. In de huidige situatie heeft het BMA op basis van het zogenaamde BMA-protocol een zekere autonome positie ten opzichte van de IND, maar de commissie acht de bestaande constellatie niet toereikend.

De tweede reden hangt hiermee samen en betreft de interferentie tussen het beleid van de IND en de rol van het BMA. Dit leidt er onder meer toe dat sommige vragen die door de IND aan de BMA artsen worden voorgelegd, geen primair medische vragen zijn maar bredere gezondheidszorgvragen, zoals de vraag naar behandelmogelijkheden in het land van herkomst. Er is geen duidelijk onderscheid tussen algemene informatie over de beschikbaarheid van behandelmogelijkheden in een bepaald land, en specifieke informatie daaromtrent die relevant is voor de beoordeling van de situatie van het betrokken individu. Gesteld kan worden dat dit leidt tot geneeskundige verklaringen die onvoldoende op de situatie van betrokkene zijn gericht, maar ook dat BMA-artsen zich bezig houden met kwesties die meer een algemene beleidsondersteuning voor de IND betreffen.

Op grond van bovengenoemde twee redenen acht de commissie een onafhankelijker positie van het BMA ten opzichte van de IND aangewezen.

De derde reden waarom de advisering door het BMA zich moeilijk verdraagt met de eisen die aan medische verklaringen worden gesteld, is dat het BMA in de regel de asielzoekers waarover zij advies uitbrengt niet zelf ziet, maar haar advies baseert op dossieronderzoek. Het niet zien van de vreemdeling, het gebruik van niet voldoende op de persoon afgestemde modelvraagstellingen en de belangrijke rol van andere dan medische feiten en argumenten, doet de vraag rijzen of geneeskundige verklaringen van de BMA voldoen aan de eisen die uit een oogpunt van kwaliteit en deskundigheid mogen worden gesteld, zowel aan de verklaring zelf als aan het daaraan ten grondslag liggende onderzoek. Het belang van een persoonlijk

⁵¹ E. De Jong, Wel of geen doktersbriefje, Medisch Contact 1999, nr. 37, p. 1243 – 1245.

onderzoek van de asielzoeker is groot gezien de mogelijke consequenties, zeker als de adviezen van het BMA, naar de IND stelt, in vrijwel alle gevallen door de IND worden overgenomen. In elk geval in situaties waarin het advies van het BMA zal gaan afwijken van de opvattingen van de met toestemming van de asielzoeker geraadpleegde behandelaars, behoort de BMA-arts naar de mening van de commissie betrokkene zelf te zien. Dit geldt evenzeer wanneer geen behandelaar is ingegaan op het verzoek van het BMA om informatie. Waar het gaat om het verkrijgen van informatie uit de behandelende sector is belangrijk dat het BMA zich met gerichte en duidelijke vragen tot (vroegere) behandelaars van de asielzoeker wendt. Deze vragen beperken zich tot feitelijke gegevens. Helder moet zijn aangegeven welke gegevens worden gevraagd, en voor welk doel. Is dat niet duidelijk, dan kan de asielzoeker geen gerichte toestemming geven om zijn informatie aan het BMA te verstrekken.

5 Medische zorg⁵²: recht, financiering, organisatie en kwaliteit

In dit hoofdstuk wordt het recht op medische zorg op grond van het internationale en nationale recht, alsmede de financiering, beschreven (5.1, 5.2). Daarna wordt de organisatie en de kwaliteit van de medische zorg besproken (5.3), en een specifiek aspect daarvan, de hiv-screening (5.4). In een slotparagraaf (5.5) worden de inzichten van de commissie weergegeven betreffende de gezondheidstoestand van asielzoekers, medische consumptie, de organisatie van de medische zorg, medische beslismomenten, advies en behandeling.

5.1 Het internationaal rechtelijk kader

Blijkens het onderzoek van het CMR/KUN betreffen internationale verplichtingen inzake het verlenen van gezondheidszorg over het algemeen slechts inspanningsverplichtingen voor de aangesloten staten met betrekking tot het verlenen van gezondheidszorg aan personen die onder de rechtsmacht van de betrokken staat vallen. Dat kunnen zowel rechtmatig verblijvende vreemdelingen zijn als illegalen. Staten mogen over het algemeen tussen die beide categorieën geen onderscheid maken. Vreemdelingen in het bezit van een verblijfsvergunning moeten worden behandeld op voet van gelijkheid met eigen burgers. Dit betekent dat zij recht hebben op een vergoeding van ziektekosten op basis van de collectieve voorzieningen. De rode draad in de internationale verdragen is dat aan vreemdelingen geneeskundige bijstand en verzorging bij ziekte moet worden geboden. Zoals bijvoorbeeld blijkt uit artikel 12 IVESCR. Volgens de General Comments van het VN Comité dat toezicht houdt op de naleving van dit verdrag betreft deze verdragsbepaling ook *'asylum seekers and illegal immigrants'*.⁵³

5.2 Het nationaal rechtelijk kader en financiering van zorg voor vreemdelingen

Een vreemdeling die in het bezit is van een verblijfsvergunning, komt in aanmerking voor collectieve voorzieningen en dus ook voor een vergoeding van zijn ziektekosten. Met betrekking tot asielzoekers gelden andere regels. Tot enkele jaren geleden waren asielzoekers verplicht verzekerd ingevolge de Ziektenwet en kregen zij, hoewel zij formeel niet onder de Awbz vielen, Awbz-ervangende verstrekkingen. Politiek rezen echter vragen met betrekking tot enkele verstrekkingen die op gespannen voet stonden met de uitgangspunten van de asielprocedure. Naar aanleiding hiervan is het gehele verstrekkingenpakket doorgelicht op basis van de volgende drie criteria: (1) de behandelduur mag niet in conflict komen met het toe te staan verblijf, (2) de behandeling is relatief kostbaar, en (3) de behandeling is niet direct noodzakelijk. Dit heeft geleid tot het schrappen van het recht van asielzoekers op behandeling van transseksualiteit, IVF en met IVF vergelijkbare behandelingen. Het gaat hier, evenals bij de nierdialyse, om in aantallen een

⁵² Waar in dit hoofdstuk sprake is van medische zorg dient gezondheidszorg in bredere zin te worden gelezen: de term medische zorg wordt gehanteerd in aansluiting op de oorspronkelijke vraagstelling.

⁵³ General Comment No. 14 (2000) 'The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)', par. 34 luidt voorzover relevant: *'In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; abstaining from enforcing discriminatory practices as a State policy; and abstaining from imposing discriminatory practices relating to women's health status and needs (...)*.

uiterst kleine groep, die echter veel maatschappelijke commotie heeft veroorzaakt en ruime politieke aandacht heeft gekregen.

De huidige regeling is te vinden in de zogenaamde Ziektekostenregeling asielzoekers (ZRA). Het hierboven kort geschetste internationaal rechtelijk kader staat de genoemde uitsluitingen toe.

Sinds 1998 voert zorgverzekeraar VGZ de ZRA-regeling uit. VGZ is hierbij verantwoordelijk voor de inkoop van een kwalitatief en kwantitatief voldoende zorgaanbod voor de asielzoeker.⁵⁴ Deze verzekeraar heeft afspraken gemaakt met de belangrijkste zorgaanbieders waar asielzoekers gebruik van maken. VGZ heeft convenanten gesloten met de LHV (huisartsenzorg), de LTT (thuiszorg) en GGZ Nederland (geestelijke gezondheidszorg). De asielzoeker is beperkt in zijn recht op vrije keuze van een behandelaar met dien verstande dat hij grotendeels op de door VGZ gecontracteerde behandelaars is aangewezen.

Naast de ZRA-regeling is er voor AMA's die onder de voogdij van NIDOS vallen een specifieke ziektekostenverzekering beschikbaar die qua dekking overeenkomstig is aan de ZRA.

Een vreemdeling die niet rechtmatig in Nederland verblijft, danwel rechtmatig verblijft maar geen recht op opvang heeft⁵⁵, heeft geen recht op vergoeding van ziektekosten uit collectieve middelen. Hij zal in beginsel de zorg zelf moeten betalen of hiervoor een particuliere verzekering moeten afsluiten. Een uitzondering bestaat voor de verlening van hulp die 'medisch noodzakelijk' is aan illegale vreemdelingen. In het parlementaire debat over de Koppelingswet is de definitie van het begrip 'medisch noodzakelijke hulp' uitvoerig aan de orde geweest. Aanvankelijk werd daarmee bedoeld hulp in levensbedreigende situaties, behandeling ter voorkomen van blijvend verlies van essentiële functies, behandeling met het oog op het afwenden van gevaar voor derden en preventieve jeugdgezondheidszorg. Volgens de minister van VWS moest dit begrip echter worden gelezen als 'alle medische zorg die artsen noodzakelijk vinden'. Als de verzekeringsdekking of de financiële middelen van de patiënt ontbreken of onvoldoende zijn kan de zorgverlener (of ziekenhuis, of ambulancedienst sinds juli 1998) compensatie voor gederfde inkomsten krijgen. Hiervoor staan een door het Rijk gesubsidieerde regeling (regeling koppelingsfonds) en de Wet tarieven gezondheidszorg (budgetpost oninbare kosten voor ziekenhuizen en ambulancediensten) open. Er zijn veel aanwijzingen dat hulpverleners in de praktijk 'medische noodzaak' gelijk stellen aan 'medische indicatie', en het recht van de vreemdeling op zorg dus *de facto* in overeenstemming is met de in paragraaf 5.1 genoemde norm van artikel 12 IVESCR. Er wordt slechts zeer beperkt een beroep op het Koppelingsfonds gedaan, waarschijnlijk niet in alle gevallen waarin hulp is verleend. Om die reden wordt volgend jaar door VWS een evaluatie van de Regeling uitgevoerd.

5.3 Organisatie van de medische zorg voor asielzoekers

⁵⁴ Het zorgaanbod omvat naast de bovenstaande Ziekenfonds en AWBZ vervangende verstrekkingen inclusief uitzonderingen, een aantal aanvullende verstrekkingen waarvan de belangrijkste zijn; vergoeding van brillen, noodhulp tandheelkunde voor volwassenen, vergoeding van eigen bijdragen en vergoeding voor rolstoelen. De laatste is opgenomen omdat asielzoekers niet onder de Wet Voorziening Gehandicapten (WVG) vallen, en dus uit hoofde daarvan niet voor deze verstrekking in aanmerking komen.

⁵⁵ Hierbij kan worden gedacht aan asielzoekers die een tweede of volgende asielverzoek indienen of van wie het asielverzoek in een AC is afgewezen.

Het ministerie van Justitie vergoedt de ZRA volledig en daarenboven in bredere zin de gezondheidszorg voor asielzoekers. Het COA/BGA (Bureau Gezondheidszorg Asielzoekers) is verantwoordelijk voor het beheer van de door het COA gesloten contracten inzake de medische zorg aan asielzoekers vanaf het moment dat een asielzoeker na de AC-fase doorgaat naar de centrale opvang. Het ministerie van VWS ziet toe op de kwaliteit en toegankelijkheid van de medische zorg en medische opvang voor asielzoekers.

De zorg voor asielzoekers wordt door de gebruikelijke instellingen en beroepsgroepen geboden: huisartsen, GGZ, Algemeen Maatschappelijk Werk, Thuiszorg, verloskundigen, GGD-en, tandartsen, specialisten enz. Daartoe zijn door het COA contracten gesloten met twee belangrijke partijen, te weten Zorgverzekeraar VGZ en GGD Nederland. VGZ contracteert vervolgens de aanbieders van curatieve zorg in de regio waar een opvangcentrum is gevestigd. Het Algemeen Maatschappelijk Werk wordt lokaal ingekocht door de COA managers. Bij de GGD-en is de preventieve gezondheidszorg ingekocht. Deze dienstverlening wordt uitgevoerd door de zeven regionale samenwerkingsverbanden van GGD-en die hiertoe zeven Stichtingen Medische Opvang Asielzoekers hebben opgericht. Zij voeren preventieve taken uit die normaal door de GGD worden uitgevoerd. Hiertoe behoren o.a. Jeugdgezondheidszorg (JGZ), uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma, Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding (GVO) en infectieziekte-preventie. Daarnaast zijn de MOA Stichtingen verantwoordelijk voor een aantal specifieke taken in het kader van de opvang van asielzoekers, zoals de medische intake bij binnenkomst in het OC en de begeleiding naar de eerstelijnszorg (huisarts) en de GGZ (RIAGG). Onbekendheid met de structuur van de Nederlandse Gezondheidszorg en de complexiteit van de gezondheidsproblematiek van asielzoekers, zowel somatisch als psychisch, hebben mede op verzoek van de Landelijke Huisartsenvereniging geleid tot het creëren van deze begeleidingsfunctie waarin MOA-praktijkverpleegkundigen actief participeren. Zorg en screening worden uitgevoerd door sociaal geneeskundigen AGZ en JGZ, door sociaal verpleegkundigen AGZ en JGZ, praktijkverpleegkundigen MOA en GVO-verpleegkundigen. In een recent onderzoeksrapport van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) over de toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers wordt geconcludeerd dat de begeleiding goed is georganiseerd.⁵⁶

Voor deze complexe constructie is om een aantal redenen gekozen, waaronder het afdekken van financiële risico's van een rijkstaak door gemeentelijke instellingen.

De medische zorg voor asielzoekers is gekoppeld aan de opvang. Voorafgaand aan en tijdens de asielprocedure zijn de volgende opvangmodaliteiten beschikbaar:

- de Tijdelijke Noodvoorziening (TNV),
- het Aanmeldcentrum (AC),
- het Opvangcentrum (OC),
- het Asielzoekers Centrum (AZC),
- de Aanvullende Opvanglocatie (AVO),
- Centrale Opvang in Woningen (COW),
- asielzoekers die gebruik maken van het ZelfZorg Arrangement (ZZA).

In deze paragraaf wordt bij elk van de opvangmodaliteiten uiteengezet hoe de medische zorg is georganiseerd, welke medische voorzieningen beschikbaar zijn, wat de medische beslismomenten zijn in de asielprocedure en welke inzichten de commissie hierover op basis van de hoorzittingen heeft opgedaan. Anno juni 2003 is nog één TNV open (capaciteit 300

⁵⁶ Zie het rapport 'Toegankelijkheid huisartsenzorg asielzoekers.', Inspectie voor de Gezondheidszorg. Den Haag, juli 2003, www.igz.nl.

plaatsen). De IND gebruikt de TNV niet meer voor het oorspronkelijke doel, het opvangen van pieken in de instroom, maar voor het plannen van de werkvoorraad. De TNV is nu dus een planningsinstrument voor plaatsing in AZC's.

5.3.1 Tijdelijke Noodvoorziening (TNV)

De TNV-faciliteiten zijn bestemd voor kortdurende opvang van vreemdelingen die, nadat de maximale verwerkingscapaciteit van een aanmeldcentrum (AC) is bereikt, een aanvraag om toelating als vluchteling willen indienen.⁵⁷ Zij kunnen ter overbrugging van de periode tot aan de feitelijke indiening van de asielaanvraag gebruik maken van de TNV-faciliteiten.

Het kader voor de gezondheidszorg tijdens het verblijf in de TNV's is vastgelegd in een document dat is opgesteld door VWS, Justitie, LVGGD en de LHV. Daarin is beschreven welke curatieve en preventieve zorg in een TNV aanwezig is. Voor de organisatie van de gezondheidszorg op de TNV-locatie wordt de regionale GGD benaderd om die verantwoordelijkheid op zich te nemen. Vreemdelingen die langer dan acht dagen in de TNV verbleven worden gescreend op TBC.

In de TNV-fase van de asielprocedure geldt dat zij aanspraak hebben op medisch noodzakelijke hulp. Wat daaronder wordt verstaan is niet limitatief uitgewerkt, maar wordt ter beoordeling aan artsen en hulpverleners gelaten. Concreet betekent dit het leveren van basiszorg die gelijk is aan 'de minimaal noodzakelijke medische zorg', dat wil zeggen het leveren van toereikende eerstelijns curatieve zorg, adequate medische zorg en preventieve maatregelen.

Asielzoekers die zich in een acute humanitaire noodsituatie bevinden worden direct of met spoed opgenomen in de AC-procedure om te voorkomen dat ze onnodig moeten wachten. Wat onder een acute humanitaire noodsituatie wordt verstaan is niet nader omschreven. Personen die tot de volgende risicogroepen behoren worden bij voorkeur niet in een TNV opgenomen maar direct in het AC geplaatst: kinderen tot 6 jaar, personen ouder dan 65 jaar, personen met een medisch dossier, zwangere vrouwen en alleenstaande minderjarigen (AMA's).

5.3.2 Aanmeldcentrum (AC)

Asielzoekers die in Nederland een asielaanvraag willen indienen moeten zich melden bij een van de aanmeldcentra (AC). In het AC wordt binnen 48 uren vastgesteld of de aanvraag binnen korte tijd kan worden afgewezen of dat de asielzoeker door mag naar de centrale opvang in het opvangcentrum (OC) omdat zijn asielverzoek nader onderzoek vergt.

In de aanmeldcentra is, op basis van contractuele afspraken tussen de IND en GGD-en, bepaalde uren per dag een verpleegkundige beschikbaar en een arts oproepbaar. Justitie heeft geen afspraken gemaakt met GGD Nederland over de taken van GGD-en in de AC's. Er is derhalve ook geen sprake van een landelijke protocol en in de praktijk wordt het landelijk kaderdocument opgesteld in het kader van de zorg in de TNV als richtsnoer gebruikt voor de minimum-kwaliteit voor de zorg in opvanglocaties van asielzoekers.

Voor rechtmatig verblijvende vreemdelingen in de AC-fase van de asielprocedure geldt dezelfde aanspraak op medisch noodzakelijke hulp als in de TNV-fase. Dit komt neer op het leveren van basiszorg die gelijk is aan 'de minimaal noodzakelijke medische zorg', i.e. het

⁵⁷ Anno 2003 is de huidige instroom dusdanig dat geen gebruik hoeft te worden gemaakt van TNV's.

leveren van toereikende eerstelijns curatieve zorg, adequate medische zorg en preventieve maatregelen.

Op basis van medische afwegingen, vallend onder de term *zeer schrijnende humanitaire omstandigheden*, kan de IND besluiten opvang te verlenen aan asielzoekers die daar formeel geen recht op hebben (herhaalde aanvragers) of versnelde plaatsing in het OC te realiseren.

Een GGD-arts kan worden verzocht te beoordelen of een asielzoeker in staat is om te worden gehoord. Zo niet, dan wordt de asielzoeker doorgeleid naar een reguliere arts. In de praktijk blijkt de IND voor het antwoord op die vraag soms ook op het oordeel van een verpleegkundige af te gaan (zie par. 4.2). Overigens constateert de commissie dat over de in TBV 2001/2 toebedeelde taken aan de GGD-en (en MOA-stichtingen) tot oktober 2003 geen afspraken tussen Justitie en GGD Nederland zijn gemaakt.

5.3.3 Opvang in de COA-opvanglocaties (OC, AZC, AVO, COW en ZZA)

Als het asielverzoek niet in de AC-procedure wordt afgewezen, vindt verdere behandeling van het asielverzoek plaats terwijl de asielzoeker in een COA-opvanglocatie verblijft. Tijdens de behandeling van het asielverzoek kan een asielzoeker worden geplaatst in het Opvangcentrum (OC), het Asielzoekers Centrum (AZC), de Aanvullende Opvanglocatie (AVO), Centrale Opvang in Woningen (COW) of gebruik maken van het ZelfZorg Arrangement (ZZA).

Voor curatieve zorg kan een asielzoeker op basis van de ZRA-verzekering terecht bij het reguliere circuit: huisartsen, verloskundigen, tandartsen en RIAGG. Binnen een opvangcentrum kan een huisarts spreekuur houden of de asielzoekers bezoeken een reguliere huisartsenpraktijk in de omgeving van het centrum. Voor bijna alle centra, met uitzondering van de COW locaties en de asielzoekers in de ZZA-regeling, geldt dat asielzoekers niet rechtstreeks toegang tot een huisarts hebben: toegeleiding geschiedt meestal via de MOA-verpleegkundigen. De wijze van toegeleiding naar de huisarts is vanaf november 2002 geregeld volgens een tussen GGD-Nederland en de Landelijke Huisartsen Vereniging overeengekomen protocol.

Psychosociale klachten worden door de toegeleidingsfunctionaris (verpleegkundige) of MOA-arts naar de GGZ verwezen, al dan niet met tussenkomst van de huisarts, afhankelijk van de lokale afspraken.

Medische beslismomenten tijdens het verblijf in een AZC kunnen liggen in de beëindiging van de opvang en het verlenen van uitstel van vertrek.

5.4 Screening op hiv

Ook screening maakt onderdeel uit van de zorg voor asielzoekers. Ten aanzien van de bestaande praktijk van screening op TBC zijn de commissie geen zaken gebleken die hier nadere bespreking behoeven. Dit lijkt anders bij de screening op hiv waarover zowel in Nederland als elders (o.a. het Verenigd Koninkrijk⁵⁸) publieke discussie plaatsvindt en door sommigen wordt gepleit voor een verplichte screening van asielzoekers. Het Nederlandse overheidsbeleid inzake screening op c.q. preventie van hiv bij asielzoekers is volledig gelijk aan het beleid voor ingezetenen. Die lijn bestaat uit het actief aanbieden van testmogelijkheden.

⁵⁸ Zie Migration News Sheet januari 2003, p.3 en juli 2003, p.27.

De commissie constateert dat hiv meer voorkomt bij migranten uit bepaalde landen. Dit is naar de mening van de commissie echter geen aanleiding om af te wijken van het in Nederland geldende beleid. Dat beleid houdt in dat geen verplichte hiv-screening plaatsvindt. Er behoort ook in dit geval geen sprake te zijn van koppeling van een hiv-test aan het recht op een verblijfstitel.⁵⁹ Een verplichte hiv-test zou er waarschijnlijk toe leiden dat asielzoekers vaker in de illegaliteit verdwijnen, met alle gevolgen en risico's van dien. Het besmet zijn met hiv kan wel een rol spelen in de verblijfsaanvraag als de vreemdeling de ziekte aanvoert als grond voor het verblijf. Dat verzoek zal dan moeten worden beoordeeld op dezelfde gronden die in het algemeen voor toelating voor medische behandeling gelden (zie par. 6.1.1 en aanbeveling 1).

Het Nederlandse gezondheidszorgbeleid met betrekking tot hiv is gebaseerd op het geven van informatie over deze aandoening en over de preventiemogelijkheden. Daarnaast wordt wel de mogelijkheid van een hiv-test op vrijwillige basis aangeboden. De laatste jaren wordt het belang van een hiv-test meer benadrukt, vanwege de toegenomen behandelmogelijkheden. Anderzijds valt waar het gaat om asielzoekers wel eens een terughoudender aanpak te bespeuren. Van een terughoudender beleid voor asielzoekers op het vlak van de preventie van en het testen op hiv/aids kan, naar het oordeel van de commissie, op juridische en ethische gronden geen sprake zijn. Aangezien asielzoekers hetzelfde pakket aan gezondheidszorg hebben als andere burgers (met twee hier niet relevante uitzonderingen, zie par. 5.2) hebben zij terzake recht op hetzelfde preventie- en testbeleid dat voor Nederlandse verzekerden geldt. Vanwege de toegenomen behandelmogelijkheden en de effecten daarvan zou het ook niet ethisch zijn een andere lijn te kiezen.

Het bovenstaande kan ertoe leiden dat een asielzoeker een hiv-test ondergaat, dat hij seropositief blijkt te zijn en dat in Nederland een behandeling wordt ingezet. Dit kan leiden tot de zorg voor een aanzuigende werking en tot de veronderstelling dat het ontbreken van behandelmogelijkheden in het land van herkomst een argument oplevert om een verblijfstitel in Nederland te verkrijgen. De commissie deelt deze zorg niet. Waar het gaat om de aanzuigende werking moet worden geconstateerd dat de betrekkelijk recente gegevens van het BMA over de aantallen beoordeelde personen met hiv bepaald niet wijzen op een aanzienlijke instroom in Nederland. Anders dan eerder wel werd voorzien, zie de inleiding van dit advies, is het niet zo dat er grote aantallen met hiv/of aids besmette asielzoekers naar Nederland komen. Ook in de toekomst valt dat niet te verwachten. Door de praktijk en procedures anno 2003 zijn veel minder asielzoekers lang genoeg in Nederland om 'in aanraking' te komen met informatie over het Nederlandse hiv-beleid en de mogelijkheden om zich te laten testen.

Over het starten van een behandeling terwijl betrokkene in Nederland verblijft, merkt de commissie twee dingen op. Ten eerste is het enkele feit dat betrokkene seropositief is geen reden om een verblijfstitel toe te kennen. Zoals gezegd is niet uitgesloten dat besmetting met hiv of aids een rol kan spelen in de procedure, maar tot een tevoren vaststaande uitkomst leidt dit niet. Ten tweede heeft de commissie van gehoorde deskundigen begrepen dat een asielzoeker die in Nederland een hiv-behandeling ondergaat die vanwege uitzetting niet kan worden afgemaakt, voor de langere termijn een betere prognose heeft dan een asielzoeker die geen behandeling krijgt. Anders gezegd: beter een onvolledige behandeling dan helemaal geen behandeling. De commissie acht het derhalve niet aanvaardbaar om als beleid te

⁵⁹ Hiv is niet opgenomen in de lijst van ziekten die, omdat ze een gevaar voor de volksgezondheid kunnen opleveren, grond voor weigering van verblijf aan EU-burgers kunnen zijn. Zie de bijlage bedoeld in art. 8.7, eerste lid onder b, van het Vreemdelingenbesluit.

hanteren dat bij met hiv-besmette asielzoekers die de kans lopen het land te moeten verlaten, geen behandeling gestart wordt.

5.5 Constateringen over de medische zorg

Met betrekking tot de gezondheidstoestand van asielzoekers komt de commissie tot de volgende constateringen. In opdracht van de commissie is er literatuurstudie verricht naar de zorg voor asielzoekers. Hieruit is gebleken dat er nog geen grootschalig onderzoek naar de gezondheidstoestand van asielzoekers heeft plaatsgevonden, maar dat de meeste onderzoeken zijn uitgevoerd in het kader van scripties bij GGD-en en MOA-stichtingen, bijvoorbeeld als onderdeel van de opleiding tot sociaal geneeskundige of Master of Public Health bij de NSPOH (Netherlands School of Public and Occupational Health). Uit deze onderzoeken komt naar voren dat er sprake is van een hoge frequentie en diversiteit van klachten, zowel op somatisch als op psychisch terrein. Bij vergelijking van de ernst van de klachten van asielzoekers met die van de algemene bevolking, vallen op somatisch terrein vooral infectieziekten op, en op psychisch terrein het posttraumatisch stress syndroom, ernstige depressiviteit en suïcidaliteit. Voorts valt op dat vele klachten samenhangen met actuele sociale factoren zoals het verblijf in een opvangcentrum. Uit deze kleinschalige studies in zeer heterogene populaties kunnen echter geen harde algemene conclusies worden ontleend. Een uitgebreide studie wordt thans uitgevoerd door het NIVEL en de Vrije Universiteit. Een recente publicatie over doodsoorzaken bij asielzoekers in de periode 1998-1999 in vergelijking met een Nederlandse standaardpopulatie, concludeert dat verdrinking, moord, doodslag en suïcide in een belangrijke mate bijdroegen aan de verhoogde sterfte onder mannelijke asielzoekers. Voor een deel van deze sterfte zijn preventieve maatregelen te treffen.⁶⁰

Met betrekking tot de medische consumptie constateert de commissie dat uit een studie van het NIVEL is gebleken dat asielzoekers met gemiddeld 3,7 contacten per asielzoeker per jaar even frequent gebruik maken van de huisartsenzorg als de gemiddelde ziekenfondsverzekerde.⁶¹ Deze contacten duren echter gemiddeld 40% langer. Tijdens de hoorzittingen is door de respondenten gewag gemaakt van toenemende medische problematiek bij asielzoekers. Slechte gezondheidszorgsystemen in de herkomstlanden, gezondheidsrisico's van de vlucht zoals geweldservaringen en slechte hygiënische omstandigheden spelen daarbij een rol. Hiernaast vormen verblijf in de centra met de beperkte mogelijkheden en de beperkte privacy en de langdurige asielprocedure zelf gezondheidsbedreigende factoren. Dit gaat zelfs zover dat hulpverleners klagen over het moeilijk te maken onderscheid tussen psychische klachten op basis van traumata in het land van herkomst en psychische klachten veroorzaakt door een langdurige onzekere asielprocedure.

Met betrekking tot de structuur waarbinnen de medische zorg is georganiseerd constateert de commissie dat het COA de contracten beheert inzake de medische zorg aan asielzoekers die met de MOA zijn afgesloten. In zogenaamde Service-Level Agreements zijn gedetailleerde afspraken gemaakt over de zorg die vanuit de MOA wordt verleend. Bij het aansturen van zorgprofessionals dient sturing op expertise het belangrijkste coördinatiemechanisme te zijn en is top-down standaardisatie van werkprocessen maar in beperkte mate mogelijk. Er lijkt

⁶⁰ H. Koppelaar, C.A. Bos en J.Broer, Hoge sterfte door infectieziekten en niet-natuurlijke doodsoorzaak onder asielzoekers in 1998-1999, Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde, 1 maart 2003, 147(9), pp 391-395.

een zekere spanning te bestaan tussen de visie en managementstijl van het COA (verlenen van sobere humane zorg en het formaliseren van taken en werkwijzen) en de professionalisering van de zorg door MOA-medewerkers die zich meer richten op de behoeften van individuele asielzoekers.

Met betrekking tot de organisatie van de medische zorg constateert de commissie het volgende. Diverse respondenten gaven met betrekking tot de toegankelijkheid van de zorg – en dan vooral in de AZC's – aan dat deze beperkt aansluit op de zorgbehoefte van de heterogene populatie als gevolg van culturele verschillen en communicatieproblemen. Over de rol van de verpleegkundigen in de centra lieten de respondenten zich wisselend uit. Sommigen plaatsten kanttekeningen bij het gegeven dat de verpleegkundige aan het begin van het zorgtraject is geplaatst. Door middel van geprotocolleerde selectie bepaalt de verpleegkundige of een asielzoeker al dan niet een gezondheidsprobleem heeft en voor verder medisch onderzoek wordt doorverwezen. Anderen, en niet in de laatste plaats de huisartsen, ervaren deze triage als buitengewoon zinvol - gegeven de capaciteitstekorten in de huisartsenzorg –, maar geven toe dat de gekozen oplossing niet optimaal is. Een aantal respondenten toonde zich bezorgd over de afwezigheid van verpleegkundigen buiten kantooruren. Bij gezondheidsproblemen dient de asielzoeker zelf of het veiligheidspersoneel de problemen voor te leggen aan een meldkamer in Amsterdam. Daar vindt triage plaats door een (getrainde) verpleegkundige. Anderen gaven aan dat het veiligheidspersoneel beschikt over goede protocollen en dat deze gang van zaken inmiddels gebruikelijk is, ook voor de algemene bevolking.⁶²

Met betrekking tot de medische beslismomenten constateert de commissie het volgende. De door de commissie gehoorde hulpverleners in de centra beklagden zich er over dat er beroep op hen wordt gedaan op terreinen die buiten hun directe zorgtaak liggen (bijvoorbeeld huisvesting, vervoersaangelegenheden, verzoeken van juridische aard). Tevens werd ervaren dat de verantwoordelijkheid voor het nemen van moeilijke beslissingen in de asielprocedure werd overgedragen aan de arts. De commissie signaleert in dit kader medicalisering van de beslisprocedure van de asielaanvraag die zich in de volgende drie situaties voordoet.

Ten eerste kan de GGD-arts worden gevraagd of de asielzoeker medisch gezien in staat is om door de IND te worden gehoord of dat hij moet worden doorverwezen naar een arts. Uitgangspunt van de IND is, dat wie in staat is een asielaanvraag in te dienen, ook kan worden gehoord. Uitzonderingen zijn vrouwen in een vergevorderd stadium van zwangerschap en andere asielzoekers die spoedeisende hulp behoeven zoals dialysepatiënten. Er zijn belangrijke consequenties verbonden aan de beantwoording van deze vraag. Indien iemand om medische redenen niet kan worden gehoord, heeft hij namelijk automatisch recht op centrale opvang. Tijdens de hoorzittingen is gebleken dat medische advisering in dit kader problemen opwerpt voor de GGD-artsen. Het ontwikkelde standaardformulier biedt wel enig houvast, maar het komt voor dat de IND niet de juiste vragen stelt aan de medici. Ook de wetenschap dat een medisch advies aanzienlijke procedurele consequenties kan hebben, maakt dat de artsen de advisering soms als mentaal belastend ervaren. Daarbij komt het voor dat de rechtshulpverleners er blijk van geven te twijfelen aan de inhoudelijke deskundigheid van de adviseurs. De GGD-artsen ervaren in toenemende mate druk vanuit de rechtsbijstand om vreemdelingen in een zo vroeg mogelijk stadium psychiatrisch te laten onderzoeken in een andere omgeving dan het AC. Die druk is er vaak ook wanneer een rechtsbijstandverlener van mening is dat horen binnen het AC vanwege

⁶² Zie in noot 55 genoemde rapport van de GGZ over toegankelijkheid van de huisartsenzorg voor asielzoekers.

psychiatrische problemen onverantwoord is en geen consistent relaas zal opleveren, en vervolgens dreigt met juridische stappen.

Ten tweede kan een GGD-arts om advies gevraagd worden in het kader van een verzoek om uitstel van vertrek. Bij verlening van uitstel van vertrek volgt automatisch opname in de centrale opvang, ook indien er sprake is van een herhaalde aanvraag. In de praktijk doet de IND voor haar beslissing of uitzetting om medische redenen al dan niet verantwoord is een beroep op de GGD-arts. Deze medische beoordeling staat geheel op zichzelf, en heeft dus geen relatie met de inhoudelijke beoordeling van het asielverzoek.

Ten derde kan de IND, in het kader van de vraag of een asielzoeker tijdens de 48-uursprocedure al dan niet voor centrale opvang in aanmerking komt, een GGD-arts verzoeken te beoordelen in hoeverre *zeer schrijnende humanitaire omstandigheden* aanwezig zijn. Dit speelde met name een rol bij asielzoekers die een tweede of volgende aanvraag deden of van wie het verzoek in een AC is afgewezen, en bij asielzoekers voor wie Nederland bij een andere EU-lidstaat een zogenoemde Dublinclaim heeft ingediend. Deze laatste categorie werd van oktober 1998 tot het najaar van 2002 niet meer tot de centrale opvang toegelaten. De eerste twee categorieën zijn nog steeds van de opvang uitgesloten. De Regeling Verstrekkingen Asielzoekers kent echter een hardheidsclausule. Recht op opvang bestaat wel als er sprake is van '*zeer schrijnende humanitaire omstandigheden*'. De IND beoordeelt uiteindelijk, al dan niet op basis van het advies van de ingeschakelde GGD-arts, of de hardheidsclausule zich voordoet. De IND informeert en adviseert vervolgens het COA over het al dan niet toelaten tot de opvang.⁶³ De artsen die over de aanwezigheid van *zeer schrijnende omstandigheden* moeten adviseren, kampen met het probleem van de onduidelijke invulling van het kernbegrip '*zeer schrijnende humanitaire omstandigheden*'.⁶⁴ Het begrip '*zeer schrijnende humanitaire omstandigheden*' is uitgewerkt in de Vreemdelingencirculaire par. C5/20.4.3. Daarin is een aantal situaties opgesomd waarin in ieder geval sprake is van *zeer schrijnende humanitaire omstandigheden* en een aantal situaties waarin daar sprake van kan zijn. De arts neemt *zeer schrijnende humanitaire omstandigheden* aan indien direct medisch noodzakelijke noodhulp is vereist. Overigens is het enkele bestaan van *zeer schrijnende humanitaire omstandigheden* op zichzelf onvoldoende: een asielzoeker die een tweede of volgende aanvraag heeft gedaan wordt in principe slechts toegelaten tot de opvang indien de aanvraag wordt ingediend door een alleenstaande minderjarige asielzoeker, door leden van een kerngezin waarvan de andere leden wel tot opvang zijn toegelaten, of indien hij of zij kinderen heeft jonger dan 1 jaar. Overigens kunnen uitgeprocedeerde asielzoekers, net als andere niet rechtmatig in Nederland verblijvende vreemdelingen, een beroep doen op artikel 64 van de Vreemdelingenwet als het gezien hun gezondheidstoestand niet verantwoord is om te reizen. De IND kan ook zonder verzoek, na raadpleging van een arts, ambtshalve beslissen dat er sprake is van een artikel 64-situatie. Daarmee ontstaat rechtmatig verblijf en een recht op opvang en voorzieningen (zie ook p.20 noot 36).

Met betrekking tot het advies en de behandeling komt de commissie tot de volgende constatering. De gehoorde zorgverleners gaven aan vragen om advies en beoordeling van de IND of van advocaten onwenselijk te achten. De behandlingsrelatie zou daardoor kunnen worden verstoord. Een vraag om advies is in feite een vraag om een oordeel. Van de zijde van GGD Nederland is erop gewezen dat over de uitvoering van aan de GGD-en/MOA toebedeelde taken inzake het traumata- en het terugkeerbeleid er nog geen afspraken

⁶³ Zie TBV's 1999/9 en 2001/2

⁶⁴ Thaens, Medische advisering voor asielzoekers in het aanmeldcentrum, p. 12.

zijn gemaakt tussen Justitie en GGD Nederland. GGD Nederland heeft een standpunt ingenomen over de wenselijkheid de medische adviseringstaak in het kader van het terugkeerbeleid op zich te nemen. Het standpunt is dat GGD-en dat niet moeten doen. Dat wil zeggen dat noch de MOA-stichtingen noch de GGD-en zich met de terugkeer bezighouden. De MOA-stichtingen houden zich hier niet mee bezig (zij behoren immers ook bij de GGD-en) omdat er dan vermenging ontstaat tussen adviestaken en zorgtaken. De GGD-en houden zich er evenmin mee bezig omdat het vaak GGZ-problematiek betreft, waar de GGD-en geen deskundigheid voor hebben (er wordt vaak een beroep op trauma's gedaan). Bovendien kan er belangenverstrengeling ontstaan omdat de MOA behoort tot de GGD.

Bovenstaande problematiek blijft niet beperkt tot de GGD-artsen. Ook onder andere zorgverleners bestaat een algemeen gevoel dat zij te vaak worden benaderd met vragen om beoordeling en advies, niet alleen door de IND, maar ook door de advocatuur en de betrokkenen zelf. Zorgverleners worden namelijk met grote regelmaat met extra verzoeken belast, zoals verzoeken om huisvesting te regelen of in contact te treden met de advocatuur. Deze zorgverleners zijn van mening dat zij in principe niet voor administratieve advisering en beoordeling zijn ingehuurd, maar voor medische zorgverlening. Een aantal zorgverleners gaf tijdens de hoorzittingen aan dat zij soms het gevoel hadden dat zij werden ingeschakeld om aangedikte verhalen van asielzoekers of negatieve beslissingen van de IND te legitimeren.

Door vertegenwoordigers van GGZ-Nederland is tijdens de hoorzittingen voorts aangevoerd dat de hulpverleners als adviseurs worden ingeschakeld om de scherpe kanten van de asielprocedure te halen: de overheid zou gebruik maken van het medische circuit om in schrijnende gevallen verblijf te kunnen verlenen. Een van de door de commissie gehoorde zorgverleners opperde dat het inschakelen van hulpverleners rechtsongelijkheid in de hand zou kunnen werken. Immers, betrokkenheid kan subjectiviteit veroorzaken.

De meeste zorgverleners en organisaties van zorgverleners zijn daarom van mening dat de advies- en behandeltaken strikt van elkaar moeten worden gescheiden. Tegelijkertijd vinden vrijwel alle zorgverleners het erg moeilijk om niet op vragen van asielzoekers in te gaan die los staan van de behandeling. Sommige zorgverleners zijn zelfs van mening dat indien de scheiding tussen behandeling enerzijds en beoordeling en advies anderzijds helemaal wordt doorgevoerd, asielzoekers die medische zorg behoeven wegblijven.

6 Conclusies en aanbevelingen

De Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid concludeert op grond van de door haar verzamelde gegevens en gemaakte analyses, dat bij besluitvorming inzake toelating tot en gedwongen vertrek uit Nederland medische gronden, gezien het totale aantal toelatingen en uitzettingen, slechts in zeer beperkte mate een rol spelen. Helaas is de registratie op dit punt weinig systematisch en vertoont zij tal van leemten. Niettemin heeft de commissie een beeld kunnen krijgen van de omvang van het verschijnsel bij drie te onderscheiden categorieën vreemdelingen in Nederland, te weten de regulier toegelatenen, de asielzoekers en de illegalen.

Tot de eerstgenoemde categorie kunnen onder meer degenen worden gerekend die voor een kort verblijf naar Nederland komen om zich hier medisch te laten behandelen. Ten dele zal het hierbij gaan om familieleden van hier woonachtige migranten. Voor zover zij niet visumplichtig zijn, is niets naders over deze categorie bekend. Maar ook over het aantal visumplichtigen onder hen is de commissie niets bekend: de IND doet geen mededelingen over gronden voor visumverstrekking. Wel kan worden vastgesteld dat in elk van de laatste vijf jaren aan niet meer dan enkele honderden vreemdelingen een verblijfsvergunning op medische gronden is verleend. In deze gevallen gaat het in beginsel om een verblijf van langer dan drie maanden.

Vrijwel iedereen die regulier wordt toegelaten, draagt zelf de kosten van behandeling en kan mogelijk terugvallen op een verzekering, al dan niet in eigen land. De commissie heeft over de afgelopen jaren geen toename kunnen vaststellen van het beroep door deze categorie vreemdelingen op de Nederlandse gezondheidszorg.

Medische problemen kunnen zich uiteraard ook voordoen nadat een vreemdeling op reguliere wijze tot Nederland is toegelaten. In een aantal gevallen kan dit leiden tot uitstel van vertrek tot na het moment dat de oorspronkelijk verleende verblijfstitel is verlopen. Dit kan zijn omdat de betrokkene niet in staat is te reizen of omdat de behandeling niet elders kan worden voortgezet. Ook hier lijkt het te gaan om een zeer beperkt aantal gevallen, die doorgaans niet tot bijzondere problemen voor de gezondheidszorg in Nederland leiden.

De rechtstreekse aanleiding tot de instelling van de commissie was de komst van twintig Armeense nierpatiënten, die vervolgens een beroep deden op de relatief kostbare en schaarse dialysevoorzieningen in Nederland. Nader onderzoek bracht aan het licht dat het hier een eenmalige actie van één specifieke Nederlandse organisatie betrof, en dat herhaling van een dergelijke actie niet zeer voor de hand ligt. In een ander geval is het de Nederlandse regering zelf geweest die enkele nierdialysepatiënten voor behandeling heeft uitgenodigd; hier betrof het vluchtelingen uit Kosovo.

Klaarblijkelijk betreft het hier enkele incidenten. Immers, onderzoek van de IND wijst erop dat in de periode 1997-2000 in totaal voor minder dan 5% van de asielzoekers medisch advies van het BMA werd gevraagd. Dit betekent dat ook bij deze categorie medische overwegingen slechts in beperkte mate een rol spelen bij de besluitvorming over hun verblijfsstatus. In combinatie met de recente sterke afname van het aantal asielzoekers dat na verblijf in een aanmeldcentrum daadwerkelijk tot de procedure wordt toegelaten, brengt dit gegeven de commissie tot de conclusie dat de kans minimaal is dat iemand met medische problemen via de asielprocedure ten onrechte toegang tot Nederland verkrijgt.

Integendeel, de commissie heeft veeleer de indruk gekregen dat in de asielprocedure te weinig aandacht wordt geschonken aan medische aspecten. Hierbij kan het zowel gaan om traumata, opgelopen voor of tijdens de vlucht, als om de gevolgen van het vaak lange wachten in onzekerheid gedurende de asielprocedure zelf. Als gevolg van de veronachtzaming van

medische aspecten is het onderscheid tussen psychische klachten ontstaan in het land van herkomst danwel tijdens verblijf in Nederland vaak moeilijk te maken. Mede hierdoor, zo veronderstelt de commissie, zijn de lichamelijke of psychische problemen wanneer deze uiteindelijk toch aan het licht komen, vaak veel ernstiger dan het geval was geweest indien ze vroeger in de procedure waren gesignaleerd.

In de periode 1999-2002 hebben 1808 (ex-)asielzoekers een reguliere verblijfstitel aangevraagd voor medische behandeling; daarvan zijn er 363 verleend of verlengd – gemiddeld dus minder dan honderd per jaar. Een deel van de betrokkenen zal na behandeling alsnog uit Nederland zijn vertrokken. Naar verwachting zal de recente sterke daling van het aantal asielzoekers ook hier leiden tot een vermindering van het aantal aanvragen c.q. inwilligingen van aanvragen voor toelating op medische gronden.

Tot slot de illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen, een categorie die overigens ten dele bestaat uit personen die aanvankelijk tot een van de beide eerder genoemde categorieën behoorden. Het is bijzonder moeilijk zicht te krijgen op aantal en herkomst van de illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Wel is aannemelijk dat het beroep vanuit deze categorie op medische voorzieningen beneden het landelijk gemiddelde ligt. Als argument hiervoor geldt dat de illegalenpopulatie gemiddeld relatief jong en gezond is. Bovendien zullen illegalen grosso modo alleen bij ernstige aandoeningen medische hulp zoeken. Bekend is dat zij contacten met instanties als bedreigend ervaren. Voor zover illegalen gebruik maken van medische voorzieningen, merkt de commissie over de financiering van de dienstverlening op dat het Koppelingsfonds, speciaal in het leven geroepen om hulp aan niet-verzekerde illegalen mogelijk te maken, niet volledig wordt benut. Hiertegenover staat dat illegalen soms de kosten van de medische zorg zelf betalen en soms gebruik maken van verzekeringspapieren van anderen. De recent aangekondigde identificatieplicht in ziekenhuizen kan mogelijkterwijls tot gevolg hebben dat illegalen vaker (te) laat een beroep doen op zorg.

De commissie hecht eraan hier reeds op te merken dat volgens het huidige Nederlandse recht aan een ieder die in Nederland verblijft ‘medisch noodzakelijke zorg’ moet worden gegeven, ongeacht de verblijfsrechtelijke status van de betrokkene. De vraag wat dit in de praktijk betekent, met name in het geval van illegale vreemdelingen, behandelt de commissie nader in paragraaf 6.3.

Al met al concludeert de commissie uit de haar ter beschikking staande gegevens dat de omvang van het beroep op medische voorzieningen door de drie genoemde categorieën vreemdelingen in Nederland niet als bijzonder, laat staan als verontrustend kan worden aangemerkt. Evenmin is sprake van een stijging in de afgelopen jaren. De dalende instroom van asielzoekers zal eerder tot een verdere afname leiden. Van een meer dan incidenteel oneigenlijk gebruik van de mogelijkheden om op medische gronden toegang tot Nederland te krijgen, is de commissie niets gebleken.

Ook de opvatting dat de Nederlandse vreemdelingenwetgeving immigratie op medische gronden, of ‘medisch toerisme’ in de hand zou werken, deelt de commissie op grond van de haar ter beschikking staande cijfers en feiten niet. De medische voorzieningen in Nederland mogen dan beter zijn dan in de landen van herkomst van menige betrokkene, de regels en de uitvoering van het vreemdelingenbeleid blijken voldoende effectief in het tegengaan van niet-bedoelde medische immigratie. Hierbij komt nog dat het aantal op medische gronden toegelaten vreemdelingen dermate gering is, dat men niet kan spreken van aantoonbare consequenties van hun komst voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg hier te lande. Het aantal Nederlanders dat zich voor een medische

behandeling naar het buitenland begeeft, is vermoedelijk een veelvoud van het aantal vreemdelingen dat om diezelfde reden hierheen komt.

Tot de taken van de commissie behoorde ook een vergelijking met de situatie en het beleid in aantal andere Europese landen, te weten Duitsland, Frankrijk, België, het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Zwitserland en Zweden. De voornaamste conclusie van een in opdracht van de commissie uitgevoerde studie luidt dat beleid noch praktijk in deze landen significant afwijken van de situatie in Nederland. De commissie acht het daarom onwaarschijnlijk dat van de Nederlandse regelgeving en het Nederlandse beleid terzake een aanzuigende werking uitgaat.

De hier tot dusverre gereleveerde feiten en ontwikkelingen geven naar het oordeel van de commissie weinig of geen reden voor een heroverweging van wet- en regelgeving en beleidspraktijk. De opdracht van de commissie reikt echter verder dan inventarisatie van feiten en trends en een vergelijking met andere landen. In meer algemene zin is de commissie ook gevraagd conclusies te formuleren met betrekking tot de positie van het medisch advies in de Nederlandse vreemdelingenrechtelijke procedure. Daarbij zou het in het bijzonder moeten gaan over de criteria en de procedure voor het verlenen van een verblijfsrecht op medische gronden, en voor het verlenen van uitstel van vertrek op medische gronden.

Om tot een antwoord op deze vragen te kunnen komen, heeft de commissie onder meer de relevante nationale en internationale wet- en regelgeving geanalyseerd terzake van het vreemdelingenbeleid en het verlenen van medische zorg. Ook is zij nader ingegaan op de rol van medische informatie, medisch onderzoek en medische advisering bij de vraag of medische gronden reden moeten zijn voor toelating, niet-uitzetting en het verlenen van medische zorg aan vreemdelingen.

De conclusies en de aanbevelingen die de commissie op deze punten heeft geformuleerd, zijn uitgewerkt in de volgende paragrafen. Achtereenvolgens hebben deze betrekking op: medische gronden voor toelating en niet-uitzetting (par. 6.1), het medisch onderzoek (par. 6.2), de medische zorg (par. 6.3) en een aantal overige punten die bij het onderzoek naar voren zijn gekomen (par. 6.4).

6.1 Medische gronden voor toelating en niet-uitzetting

Er zijn geen verdragen die Nederland verplichten tot het toelaten van vreemdelingen op medische gronden. Wel kan in uitzonderingssituaties het terugzenden van een zieke vreemdeling naar zijn land van herkomst een schending van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens opleveren. Dat kan het geval zijn als hij in het land van herkomst vanwege zijn ziekte en een ontbreken van medische en sociale opvang in een onmenselijke situatie terechtkomt. Het is ook denkbaar dat het reizen als zodanig als wreed of onmenselijk moet worden beschouwd.

Volgens Nederlandse wet- en regelgeving kan in een aantal gevallen wel een plicht tot toelating bestaan op grond van medische problemen. Als de vreemdeling door uitzetting in een situatie terecht zou komen die in strijd is met artikel 3 EVRM, wordt hem in principe een verblijfsvergunning asiël verleend. Zo'n vergunning kan ook worden verleend als de medische problemen van de vreemdeling zodanig zijn dat er sprake is van klemmende redenen van humanitaire aard die verband houden met de situatie in het land van herkomst. Daarnaast kan een vreemdeling met medische problemen op reguliere gronden tot Nederland worden toegelaten voor het ondergaan van een medische behandeling, of als sprake is van een medische noodsituatie. Bij de toelatingsvraag maar ook bij de uitzettingsvraag speelt steeds

de beoordeling van de medische situatie van de vreemdeling een rol en de vraag wat uitzetting voor die medische situatie betekent. De beoordeling van de medische situatie van de vreemdeling speelt ook een rol bij het beantwoorden van de vraag of deze in staat is om de uitzetting zelf te doorstaan, dus of hij kan reizen.

In het kader van elk van deze drie deze vragen, de toelatingsvraag, de uitzettingsvraag en de vraag of de vreemdeling in staat is om te reizen, wordt in het huidige Nederlandse beleid aansluiting gezocht bij het begrip ‘medische noodsituatie’. Aan artsen wordt gevraagd te beoordelen of er sprake is van het bestaan of ontstaan van een dergelijke situatie.

6.1.1 Toelating op medische gronden

Naar het oordeel van de commissie moet duidelijker worden wanneer toepassing geëigend is van de verschillende bepalingen van de Nederlandse Vreemdelingenwet die de mogelijkheid bieden verblijf te bieden op medische gronden: de verblijfsvergunning op medische gronden van art. 14 Vw jo art. 3:46 Vb, de verblijfsvergunning asiël op basis van het EVRM, genoemd in artikel 29b Vw, het traumatabeleid van artikel 29c Vw, en de tijdelijke niet-uitzetbaarheid van artikel 64 Vw.

Voor wat betreft de verblijfsvergunning asiël wordt aansluiting gevonden bij de factoren die in de jurisprudentie van het EHRM een rol blijken te spelen: het stadium van de ziekte; de mogelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst, de aanwezigheid van een sociaal en medisch vangnet in het land van herkomst, en de duur van het verblijf in het land van aanvraag. De commissie acht een nadere invulling van en aanvulling op deze factoren van belang.

Naast het stadium van de ziekte acht de commissie ook de aard en de oorzaak van de ziekte van belang. Als de ziekte is ontstaan of verergerd onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid, is de commissie van oordeel dat de Nederlandse overheid de zieke vreemdeling een medische behandeling moet bieden en niet mag uitzetten zolang die behandeling noodzakelijk is. Te denken valt hierbij aan gezondheidsproblemen als gevolg van de asiëlprocedure, ziekte opgedaan tijdens of door langdurige detentie, en na onaanvaardbare omvangomstandigheden.⁶⁵

Wat betreft de aard van de ziekte wijst de commissie erop dat niet slechts in een terminale situatie verblijf zou moeten worden verleend, maar ook indien terugzending tot een ernstige verslechtering van de medische situatie zal leiden. Hiervoor is steun te vinden bij de in hoofdstuk 3 paragraaf 3.1 genoemde overwegingen van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens in de zaak Bensaïd tegen het Verenigd Koninkrijk.⁶⁶ De commissie ziet geen reden waarom dit anders zou zijn bij een ernstige verslechtering van de lichamelijke conditie van de vreemdeling.

Over de mogelijkheid van een medische behandeling in het land van herkomst merkt de commissie op dat discriminatoire uitsluiting van medische zorg aldaar (zoals uitsluiting van vrouwen of bepaalde bevolkingsgroepen), een zwaarwegende factor moet zijn voor Nederland om verantwoordelijkheid te nemen voor het bieden van medische zorg aan de in zijn land van

⁶⁵ Vgl. EHRM St. Kitts, 2 mei 1997, RV 1997/70 waar de vreemdeling de ziekte aids had opgelopen tijdens detentie in Engeland en EHRM Dougoz, 6 maart 2001, RV 2001/68 waar het Europese Hof de omstandigheden waaronder vreemdelingen in Athene in bewaring worden gesteld, vermederend achtte en dus in strijd met artikel 3 EVRM en VN-Mensenrechtencomité 28 oktober 2002 Comm. No.900/1999, NAV 2003/59 m.nt. I. Boerefijn.

⁶⁶ EHRM Bensaïd, 6 februari 2001, RV 2001/2, JV 2001/103.

herkomst van zorg uitgesloten vreemdeling.⁶⁷ Bij slachtoffers van discriminatie kan blijkens het Handbook van de UNHCR par. 54 en 55 zelfs sprake zijn van vluchtelingschap.⁶⁸ Bovendien dient de beoordeling van de mogelijkheid van behandeling niet beperkt te blijven tot de abstracte mogelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst, maar er moet sprake zijn van een feitelijke bereikbaarheid en financiële toegankelijkheid voor de betrokken zieke vreemdeling van de benodigde medische behandeling, zorg en medicijnen. De factor aanwezigheid van familieleden als sociaal en medisch vangnet in het land van herkomst acht de commissie zonder meer relevant. Recente jurisprudentie van het EHRM in de zaak van een Colombiaanse aids-patiënt⁶⁹ lijkt er op te wijzen dat het Hof slechts een schending van artikel 3 EVRM aanneemt als er geen vooruitzicht is op medische zorg of steun van de familie. Toch acht de commissie het wenselijk dat Nederland niet slechts verantwoordelijkheid voor de medische behandeling op zich neemt bij het totaal ontbreken van een sociaal en medisch vangnet, maar ook als sprake is van een ontoereikend vangnet waardoor de betrokkene de gezien zijn medische toestand vereiste steun moet ontberen. Steeds moet worden bedacht dat artikel 3 EVRM de absolute minimumgrens vormt. Nederland kan zich naar het oordeel van de commissie veroorloven meer te doen dan het absolute minimum.

De factor duur van het verblijf in het land dat wil uitzetten, acht de commissie met name van belang in verband met de vraag naar de geworteldheid in Nederland in combinatie met de aanwezigheid van een sociaal en medisch vangnet in het land van herkomst.

Voor wat betreft de verblijfverlening op reguliere gronden bestaat het onderscheid toelating voor medische behandeling en bij een medische noodsituatie. In het eerste geval is vereist dat er sprake is van een medisch noodzakelijke behandeling. Daarnaast mag die behandeling niet in het land van herkomst beschikbaar zijn en moet er sprake zijn van financiering. Het begrip 'medische noodsituatie' duidt primair op de urgentie van het verlenen van zorg. Daarmee wordt geïmpliceerd dat bij het onthouden van zorg er grote kans is op een ernstige negatieve uitkomst voor het betreffende individu. De ernst van de uitkomst (sterfte, ernstige morbiditeit en/of invaliditeit), de grootte van de kans en de (veelal korte) tijdsperiode waarbinnen dit gebeurt spelen hierbij een rol. Hier moet men denken aan hulp die nodig is bij een hartinfarct, een beroerte, verschijnselen van een ernstige infectie, botbreuken als gevolg van trauma, etc.

De interpretatie van het begrip medische noodsituatie is sterk situationeel bepaald. Het is volgens de commissie niet zinnig om, zoals thans gebeurt (zie par. 3.2), generieke criteria te formuleren rond kans en uitkomst; bijvoorbeeld 50% kans om binnen 60 dagen te overlijden. Het inschatten van die kans is een hachelijke zaak en er wordt dus een norm gecreëerd die voor hulpverleners onhanteerbaar is. Een dergelijke norm veronderstelt een inschattingsvermogen van de hulpverleners dat niet in overeenstemming is met de feitelijke mogelijkheden. Het beperkt daarnaast de mogelijkheden om situationeel bepaald tot een professioneel oordeel te komen over het bestaan van een medische noodsituatie.

⁶⁷ Vgl. Rb. Den Haag, zp Dordrecht 19 december 2002, Awb 02/1094 inzake een Armeense man die vanwege zijn Azerbajdzjaanse echtgenote vreest geen toegang te krijgen tot medische voorzieningen in Armenië. Verschijnt in RV 2002,14.

⁶⁸ Handbook on procedures and criteria for determining refugee status under the 1951 Convention and the 1967 Protocol relating to the Status of Refugees.

⁶⁹ EHRM Colombiaanse drugsdealer met HIV, 24 juni 2003, Appl. No. 13669/03, NAV 2003/262.

Operationalisering van het begrip medische noodsituatie kan in het kader van de toelatingsvraag dus beter procedureel dan via algemene criteria worden gerealiseerd. Hierbij gelden vergelijkbare ijkpunten als voor de vraag of op medische gronden een asielvergunning moet worden verleend:

- de ernst van de uitkomst voor de patiënt bij het onthouden van zorg (sterfte, ernstige morbiditeit/invaliditeit);
- de snelheid waarmee die ernstige situatie zal optreden;
- de kans dat dit door het onthouden van de zorg ook daadwerkelijk zal gebeuren;
- de individuele aspecten zoals de mate van zelfredzaamheid en steun van een sociaal netwerk;
- de mogelijkheden tot continuering van de zorg in het land van herkomst.

Samenvattend: het begrip ‘medische noodsituatie’ is sterk situationeel bepaald zowel door de adviesvrager als door de feitelijke individuele situatie van de vreemdeling. Wellicht kan in plaats van generieke criteria worden gedacht aan een procedure aan artsen wordt gevraagd in de motivering van hun advies de bovenstaande ijkpunten langs te lopen.

Op basis van het voorgaande doet de commissie de volgende aanbevelingen met betrekking tot de vraag wanneer medische omstandigheden voor Nederland reden moeten zijn om een vreemdeling toe te laten of niet uit te zetten. De commissie heeft ervoor gekozen geen onderscheid te maken tussen toelating op asielgerelateerde medische gronden en reguliere medische gronden, omdat dit onderscheid juist op dit punt in de praktijk veel minder scherp is dan de Vreemdelingenwet doet vermoeden. Er is wel onderscheid in die zin dat bij de vraag naar reguliere medische gronden met name aan de orde is of een medische behandeling nodig is en of Nederland die moet bieden, terwijl bij asielgerelateerde medische gronden met name aan de orde is of de asielzoeker kan worden gehoord en of zijn medische problemen relevant zijn voor de beoordeling van zijn asielverzoek. Er zou bovendien onderscheid kunnen worden gemaakt tussen medische gronden die zijn ontstaan of hun oorzaak vinden in het land van herkomst en medische gronden die in Nederland zijn ontstaan. De commissie heeft er echter voor gekozen dit onderscheid verder te beschouwen als een van de factoren die meewegen bij de vraag of een vreemdeling op medische gronden moet worden toegelaten.

Aanbeveling 1

De commissie adviseert de ministers om steeds op basis van de individuele omstandigheden van een vreemdeling die medische gronden heeft aangevoerd, te beoordelen of zijn gezondheidstoestand reden moet zijn om hem in Nederland toe te laten dan wel niet uit te zetten. Bij deze beoordeling acht de commissie ten minste de volgende factoren van belang:

- *de aard van de ziekte*
- *de ernst en het stadium van de ziekte*
- *de prognose omtrent de ontwikkeling van de ziekte bij het ontbreken van medische behandeling, zorg en medicijnen*
- *de oorzaak en het moment van ontstaan van de ziekte en de ontstaanscontext*
- *de mogelijkheid van een medische behandeling in het land van herkomst*
- *de feitelijke toegankelijkheid van de benodigde medische behandeling, medische zorg en medicijnen voor de betrokken vreemdeling*
- *de aanwezigheid van familieleden als sociaal en medisch vangnet in het land van herkomst*
- *de duur van het verblijf in Nederland*

- *de vraag of financiering aanwezig is (alleen voor de groep die om toelating vraagt met het oog op medische behandeling).*

Deze aanbeveling benadrukt dat bij de beoordeling op zorgvuldige wijze het geheel aan relevante factoren wordt gewogen. Door het expliciet nalopen van de betreffende factoren in de motivering van een beoordeling ontstaat een grotere transparantie. Dat is zowel voor de vreemdeling als de Nederlandse samenleving van belang.

Aanbeveling 2

De commissie adviseert de ministers om de zieke vreemdeling van overheidswege een medische behandeling te bieden en hem gedurende de behandeling niet uit te zetten, indien de medische problemen zijn ontstaan of verergerd onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid. Te denken valt hierbij aan gezondheidsproblemen als gevolg van een langdurige asielpprocedure, en de omstandigheden in detentie of de opvangsituatie.

De achterliggende gedachte bij deze aanbeveling is dat de overheid vanaf het begin van de asielpprocedure de gezondheidsproblemen van vreemdelingen serieus neemt en de nodige aandacht en zorg besteedt aan vreemdelingen die dat gezien hun gezondheidstoestand nodig hebben. Verder wordt met deze aanbeveling beoogd dat de overheid alerter wordt op de gezondheidstoestand van vreemdelingen en dat zij daarbij systematisch te werk gaat, zodat wordt voorkomen dat medische problemen te laat worden geconstateerd. Hierbij valt onder meer te denken aan ernstige psychische klachten. De commissie heeft geconstateerd dat de inhoud van de asielpprocedure en de vorm van de opvang in de hand werken dat met name psychische gezondheidsklachten lange tijd niet worden onderkend en onbedoeld verergeren. In de situaties waarin de asielzoeker wordt geplaatst, wordt preventieve zorg rond GGZ-gerelateerde aandoeningen veelal niet aangeboden. In een laat stadium raken de klachten zo met de asielpprocedure vervlochten, dat een eenduidige oorzakelijke factor niet meer valt aan te wijzen. De commissie realiseert zich terdege dat het overheidshandelen niet de enige oorzaak is van het ontstaan of het verergeren van medische problemen bij vreemdelingen, en dat vele andere factoren hieraan bijdragen. Zonder een schuldige aan te wijzen bepleit de commissie een aanpak die meer gericht is op het verlenen van tijdige en adequate zorg bij een deel van de zieke vreemdelingen.

Aanbeveling 3

Discriminatoire uitsluiting van de betrokken vreemdeling van medische zorg in zijn land van herkomst waardoor ernstige medische consequenties voor hem ontstaan, acht de commissie een zwaarwegende factor om verantwoordelijkheid van Nederland voor hem te bepleiten. Het kan grond zijn voor vluchtelingenschap maar ook om andere reden aanleiding vormen voor verblijfsverlening aan of niet-uitzetting van de betrokken vreemdeling. De commissie adviseert de ministers in deze gevallen een verblijfsvergunning te verlenen.

Aanbeveling 4

De commissie adviseert de ministers in de gevallen waarin uitzetting wegens de medische omstandigheden van de betrokken vreemdeling moet worden aangemerkt als een onmenselijke

of vernederende behandeling als bedoeld in artikel 3 EVRM, het toekennen van een verblijfsvergunning als enige optie te zien.

Met deze aanbevelingen wordt onder meer aansluiting gezocht bij de strekking van artikel 3 EVRM. Dit artikel verbiedt de Nederlandse overheid immers om vreemdelingen te onderwerpen aan een onmenselijke behandeling. Zoals in par. 6.1 al werd aangegeven, is de commissie van oordeel dat Nederland – hoewel het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens slechts uitzetting verbiedt – in die situaties moet voorzien in het recht op een verblijfstitel, zoals voor asielzoekers in artikel 29 Vw is geregeld.

Van een situatie als bedoeld in artikel 3 EVRM kan naar het oordeel van de commissie sprake zijn, indien discriminatoire uitsluiting van medische zorg leidt tot ernstige medische consequenties voor de betrokken vreemdelingen bij terugkeer naar het land van herkomst.

6.1.2 Uitzettingsverboden op medische gronden

In twee situaties kan het op medische gronden verboden zijn om een vreemdeling uit te zetten. De eerste situatie is in aanbeveling 4 beschreven: de situatie waarin uitzetting van de vreemdeling vanwege zijn gezondheidstoestand als een onmenselijke of vernederende behandeling moet worden beschouwd. De tweede situatie is die waarin het vanwege zijn medische omstandigheden voor de vreemdeling niet verantwoord is om te reizen. Dit is de situatie zoals bedoeld in artikel 64 Vw.

In de tweede situatie is de operationalisering van het begrip ‘medische noodsituatie’ beperkt tot de vraag of de betreffende patiënt een reis (veelal zal sprake zijn van een langdurige vliegreis) kan doorstaan. De hiervoor te hanteren inzichten wijken niet af van de gronden waarop aan anderen dan uitgeprocedeerde asielzoekers of illegale vreemdelingen een reisverbod wordt opgelegd op basis van een slechte fysieke gesteldheid. Wellicht dient hier dan ook niet te worden gesproken over een ‘medische noodsituatie’, maar van een reisverbod op medische gronden. Een dergelijk verbod zal meestal tijdelijk zijn, maar er zijn ook situaties denkbaar dat de fysieke situatie van een uitgeprocedeerde asielzoeker noopt tot een permanent reisverbod per vliegtuig. Essentieel is dat het hier niet gaat om het inschatten van de gevolgen van het onthouden van zorg, maar om een inschatting van de gevaren van het reizen.

Aanbeveling 5

De commissie adviseert de ministers om in de medische beoordeling bij een reisadvies alleen de gevaren van het reizen te betrekken. In deze situaties kan derhalve beter worden gesproken van een reisverbod op medische gronden dan van een medische noodsituatie.

Het lijkt de commissie beter het begrip medische noodsituatie te reserveren voor situaties waarin medische behandeling noodzakelijk is en om die reden verblijf in Nederland zou moeten worden toegestaan.

6.2 Medisch onderzoek

Met betrekking tot het medisch onderzoek onderscheidt de commissie twee vragen:

- Is het zinvol om medisch onderzoek in de asielprocedure te verrichten?

- Wie moet op welke wijze onderzoek verrichten naar de medische situatie van vreemdelingen?

6.2.1 Medisch onderzoek in de asielprocedure?

De commissie acht het standpunt dat medische informatie niet kan bijdragen tot waarheidsvinding in asielzaken onhoudbaar. Het gegeven dat medisch bewijs nooit 100% sluitend is, doet er niet aan af dat medische informatie als (ondersteunend) bewijs kan gelden. Het afzien van medisch onderzoek in de asielprocedure lijkt eerder ingegeven door praktische overwegingen dan een principiële stellingname. Het is niet consistent dat de bewijsplicht bij de asielzoeker ligt, maar dat door hem aangeleverd medisch (steun)bewijs niet wordt geaccepteerd. Tegenstrijdig is naar de mening van de commissie dat in het algemeen medische informatie niet voor de waarheidsvinding wordt gebruikt, maar medische informatie in de context van (omstreden en mogelijk dubieus) onderzoek naar de leeftijd van minderjarige asielzoekers wel.

De huidige AC-procedure biedt geen ruimte voor medische vragen die verband kunnen houden met een asielaanvraag en is daarmee strijdig met de uitgangspunten van het Verdrag van Genève, zienswijzen van het VN Antifolter Comité (CAT) en de Algemene Wet Bestuursrecht.

Op basis van het voorgaande doet de commissie de volgende aanbevelingen met betrekking tot het verrichten van medisch onderzoek in asielzaken.

Aanbeveling 6

De commissie adviseert de ministers medische informatie in het kader van de asielprocedure niet langer uit te sluiten of als irrelevant af te doen. Medisch onderzoek is in elk geval aangewezen als er relevante medische gegevens zijn die mogelijk duiden op ondergang of marteling.

Verder adviseert de commissie steeds medisch onderzoek te verrichten zodra er aanwijzingen zijn van een traumatische ervaring of zodra een asielzoeker om dat onderzoek verzoekt, tenzij volgens de minister dat verzoek op geen enkele manier wordt gesubstantieerd.

Deze aanbeveling is in overeenstemming met jurisprudentie van het EHRM en het CAT. Ook is de aanbeveling van belang opdat tijdig met behandeling kan worden gestart. Bijkomend voordeel is dat zo goed mogelijk inzichtelijk blijft welke medische gronden het gevolg zijn van de situatie in het land van herkomst en welke medische gronden in Nederland zijn ontstaan.

Aanbeveling 7

Als de medische situatie van de asielzoeker relevant is voor de beoordeling van het asielverzoek of als daar twijfel over bestaat, leent het asielverzoek zich niet voor afwijzing in de AC-procedure.

Deze aanbeveling vloeit logisch voort uit aanbeveling 6. De in een AC beschikbare 48 uren zullen doorgaans te weinig zijn om tot zorgvuldige beoordeling van een medische situatie te komen.

6.2.2 Positionering en werkwijze van het BMA

De commissie plaatst vraagtekens bij de positionering van de medische advisering aan de minister van Vreemdelingenzaken en Integratie. Het BMA is geen van het ministerie onafhankelijke organisatie. Het opereert niet op volledig zelfstandige wijze als het medisch advies uitbrengt aan opdrachtgever (en tevens werkgever) Justitie. Het medisch advies van het BMA staat op enkele punten op gespannen voet met de eisen die vanuit een optiek van kwaliteit en deskundigheid mogen worden gesteld aan een geneeskundige verklaring. Dit betreft onder andere de werkwijze van het BMA, dat zijn advies overwegend op dossieronderzoek baseert en de patiënt in de regel niet ziet. De commissie doet terzake van de positionering en de werkwijze van het BMA de volgende aanbevelingen.

Aanbeveling 8

De commissie acht de schijn van belangenverstrengeling tussen het BMA en de IND, en dus de huidige inbedding van het BMA binnen de IND onwenselijk. Het BMA zou ook in organisatorische zin een onafhankelijker positie tegenover de IND en het ministerie van Justitie moeten innemen.

Aanbeveling 9

De commissie adviseert de ministers er zorg voor te dragen dat, in gevallen waar het BMA voornemens is af te wijken van de opvattingen van de hulpverleners die met toestemming van de asielzoeker medische informatie over diens situatie hebben verstrekt, de arts van het BMA betrokkene zelf onderzoekt of doet onderzoeken. Het 'zelf zien' is eveneens aangewezen wanneer aan het BMA door de behandelaar geen informatie is verstrekt.

De commissie acht het zowel aanvaardbaar dat het BMA de betrokkene zelf ziet en onderzoekt, als dat het BMA daartoe een onafhankelijk deskundige inschakelt.

Aanbeveling 10

De commissie is van oordeel dat aan artsen niet mag worden gevraagd een finaal oordeel te vellen over de aanwezigheid en feitelijke toegankelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst in een individueel geval. Voor het beantwoorden van deze vraag kan Justitie zich baseren op rapporten van de Wereld Gezondheidsorganisatie, ambtsberichten van het ministerie van Buitenlandse Zaken of algemene door het BMA verzamelde landeninformatie. In gevallen van serieuze twijfel over de mogelijkheden van behandeling in het land van herkomst verdient het aanbeveling dat Nederland zich ervan vergewist dat aan de betrokken persoon de noodzakelijke zorg zal worden verleend.

De vraag over de aanwezigheid en feitelijke toegankelijkheid van medische behandeling in het land van herkomst wordt door het BMA beantwoord vanuit een in de loop der jaren opgebouwde algemene expertise. Het betreft veeleer algemene beleidsinformatie dan dat het onderdeel uitmaakt van een individuele medische verklaring. Aanbevolen wordt deze vraag los te koppelen van de individuele medische adviesvragen aan het BMA, en de oordeelsvorming over de toegankelijkheid van de betreffende zorg in het betreffende land voor de betreffende persoon door de IND te laten verrichten. Het betreft hier geen specifiek medisch oordeel.

6.3 Medische zorg

Met betrekking tot medische zorg onderscheidt de commissie twee vragen:

- Welke vreemdelingen hebben recht op welke medische zorg?
- Hoe moet de zorg worden gefinancierd?

Volgens het huidige Nederlandse beleid moet aan alle vreemdelingen ‘medisch noodzakelijke zorg’ worden verleend en wordt hierin geen onderscheid gemaakt met ingezetenen. Het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ laat zich moeilijk in eenduidige criteria vatten die zowel voor de medicus als de jurist hanteerbaar zijn. Het begrip ‘noodzakelijk’ behelst een waardeoordeel over de kans dat het onthouden van de zorg voor het betreffende individu tot negatieve uitkomsten leidt. Het waardeoordeel is gebaseerd op de wisselwerking van de drie elementen ‘kans’, ‘individu’ en ‘uitkomst’. In de algemene medisch en ethische literatuur wordt al jaren over dit thema van gedachten gewisseld. Enerzijds is sprake van personen die een dergelijk waardeoordeel op morele en haalbaarheidsgronden niet willen c.q. zeggen te kunnen uitspreken. Anderzijds is sprake van pogingen om de elementen ‘kans’, ‘individu’, en ‘uitkomst’ nader te expliciteren en vanuit een utilitaire gedachtevorming te komen tot grenzen rond het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’. Deze laatste discussie speelt met name bij de samenstelling van het basispakket en betreft dan een waardeoordeel in de context van de rechtvaardiging van het aanwenden van beperkte gemeenschapsmiddelen voor de zorgvraag van een individu.

Het begrip ‘uitkomst’ kan nader worden geoperationaliseerd naar sterfte (mortaliteit), ziektelast (morbiditeit), handicaps- en beperkingen (disabilities) en kwaliteit van leven (zoals bijvoorbeeld gemeten met de Short Form 36 vragenlijst). Het begrip ‘individu’ wordt in discussies verder gekarakteriseerd naar gegevens zoals leeftijd, geslacht, inkomenspositie, etnische identiteit en maatschappelijke status. Het begrip ‘kans’ is gebaseerd op de populatiekennis rond een bepaalde aandoening en betreft een schatting van de gevolgen van het geven of onthouden van zorg aan een specifiek individu (bijvoorbeeld een 40% reductie van de vijfjaars-overlevingskans bij een 75-jarige die geïndiceerd is voor een bepaalde open-hartoperatie).

Wanneer we deze drie termen ‘uitkomst’, ‘individu’ en ‘kans’ toepassen op de vraag naar noodzakelijke medische zorg voor asielzoekers spitst de discussie zich met name toe op de notie ‘individu’. Heeft een vreemdeling minder recht op zorg dan Nederlandse staatsburgers? Hebben vreemdelingen bij geen of onvoldoende financieringsmogelijkheden recht op financiering vanuit gemeenschapsgelden? Is zijn tijdelijke status een grond om de asielzoeker een bepaalde behandeling te onthouden? De uitkomsten kunnen tijdens de asielprocedure worden geoptimaliseerd, maar wat gebeurt daarna bij eventuele terugkeer naar het land van herkomst? De eerste vraag betreft het maken van onderscheid tussen vreemdelingen en Nederlandse staatsburgers. Een rechtvaardiging voor dit onderscheid kan mogelijk worden gevonden in (internationale) wettelijke kaders en algemene ethische opvattingen. Vanuit de medische ethiek is er geen grondslag voor het maken van een onderscheid tussen vreemdelingen en Nederlandse staatsburgers; de waardering van de uitkomsten en kansen op basis van medische inzichten zal niet veranderen en de medisch ethische beroepsnormen stellen daarnaast dat een ieder die zorg nodig heeft ook geholpen dient te worden.

Het tijdelijke karakter van de hulpverlening kan in sommige gevallen een legitieme reden zijn bepaalde zorg niet aan te bieden, zoals bijvoorbeeld uit de hoorzittingen bleek bij het beleid in de GGZ rond langdurige psychiatrische behandelingen. Hier is het criterium echter niet dat de medische zorg niet noodzakelijk zou zijn, maar dat de effecten van de zorg gezien de beperkte

tijdsduur van de behandeling als gevolg van de onzekere verblijfsstatus van de hulpvrager niet kunnen worden behaald.

Wat wel blijft is het recht op financiering vanuit gemeenschapsmiddelen. En vanuit de gedachte dat het afsluiten van een ziektekostenverzekering een eigen verantwoordelijkheid is en het betaald hebben van belastingen in Nederland in het verleden bepaalde rechten op vergoeding impliceert.

De commissie acht het niet wenselijk verschillen te maken in het recht op financiering van overheidswege tussen onverzekerde Nederlandse staatsburgers en vreemdelingen. Voor beide categorieën van niet-verzekerden geldt echter dat het begrip “noodzakelijke zorg” al wordt ingeperkt tot “strikt noodzakelijke zorg”.

Samenvattend lijken vanuit een medisch-ethisch perspectief geen gronden aanwezig om het begrip medisch noodzakelijke zorg voor asielzoekers en illegalen verder in te perken dan de inperking die vanwege de sociale ziektekostenverzekering al voor alle (overige) ingezetenen van Nederland geldt, en af te wijken van de praktijk dat het bepalen van de noodzakelijkheid van de zorg door de arts geschied vanuit het principe dat elke patiënt gelijk is.

Aanbeveling 11

De commissie adviseert de ministers expliciet de verantwoordelijkheid te erkennen voor de gezondheidszorg van een ieder die op Nederlands grondgebied verblijft. Aan een ieder die op Nederlands grondgebied verblijft, dient de overheid het recht op noodzakelijke zorg te blijven garanderen, waarbij de medische professie het primaat houdt op indicatiestelling. Wel verdient het aanbeveling de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg voor zowel onverzekerde vreemdelingen als onverzekerde Nederlanders de komende jaren te monitoren.

Met deze aanbeveling wil de commissie aangeven dat zij het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ zo wil uitleggen dat daaronder wordt verstaan de zorg volgens het basispakket van het Ziekenfonds. De commissie heeft geen aanwijzingen dat dit zal leiden tot een overbelasting van de gezondheidszorg in Nederland. De commissie heeft geen medisch asieltoerisme kunnen aantonen, het internationaal recht laat bij het bieden van gezondheidszorg geen onderscheid toe tussen Nederlanders en legaal of illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen, en ook uit medisch-ethisch oogpunt is het ongewenst om de vraag naar het recht op basisgezondheidszorg af te laten hangen van de verblijfsstatus of nationaliteit van de zieke. Wel kan een onzekere verblijfsstatus onderdeel vormen van de gebruikelijke indicatiestelling door de arts, bijvoorbeeld als door de te verwachten verblijfsduur het beoogde behandelingseffect niet kan worden bereikt. Op grond daarvan kan de arts besluiten de behandeling niet te beginnen of voor een andere behandeling te kiezen.

6.4 Overige aanbevelingen

Tijdens het onderzoek heeft de commissie een aantal problemen gesignaleerd die enigszins buiten het kader van het onderzoek vallen. De commissie geeft daarover de volgende aanbevelingen:

Aanbeveling 12

De commissie adviseert de ministers expliciet te erkennen dat, indien Nederland in meer dan incidentele gevallen op goede gronden overgaat tot uitzetting van zieke vreemdelingen naar bepaalde landen van herkomst, een morele verantwoordelijkheid van Nederland bestaat zich ervan te vergewissen of er voor betrokkene adequate gezondheidszorg aldaar voorhanden en

toegankelijk is. Indien het hier gaat om ontwikkelingslanden waar dat niet of in onvoldoende mate het geval is, beveelt de commissie aan te bezien of Nederland via ontwikkelings Samenwerkingsprogramma's een bijdrage aan de verlening van die zorg kan leveren.

In veel ontwikkelingslanden bestaat geen stelsel van adequate gezondheidszorg. Via ontwikkelings Samenwerking in multilateraal en bilateraal verband probeert Nederland een bijdrage te leveren aan de verbetering hiervan. Multilateraal gebeurt dat vooral via ondersteuning van het werk van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO), het VN-Kinderfonds (UNICEF), het VN-Fonds voor bevolkingsactiviteiten (UNFPA) en de Wereldbank. Bilateraal concentreert Nederland zijn ontwikkelings Samenwerking op een aantal zogenaamde partnerlanden, thans 19 plus 3 plus sectorlanden (in totaal 49 landen). Dat zijn landen waarmee Nederland op diverse terreinen een speciale ontwikkelingsrelatie onderhoudt. Het terrein van de basisgezondheidszorg kan er daar één van zijn. Onder deze beperkte groep partnerlanden (in Afrika, Azië en Latijns-Amerika) zijn er evenwel weinig landen waaruit veel asielzoekers afkomstig zijn.

In breder verband bevordert Nederland via sectorale ontwikkelings Samenwerking versterking van de gezondheidszorg in meerdere ontwikkelingslanden. Nederland zou moeten bezien of dergelijke programma's zich ook met name kunnen richten op verbetering van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in ontwikkelingslanden waarheen in meer dan incidentele gevallen zieke vreemdelingen worden teruggezonden. Bij de beschouwingen over de op 3 oktober 2003 verschenen beleidsnotitie 'Aan elkaar verplicht' van minister Van Ardenne (Ontwikkelings Samenwerking) zou dit als een aandachtspunt moeten worden meegenomen.

Aanbeveling 13

De commissie adviseert de ministers niet over te gaan tot een verplichte hiv-screening.

De commissie constateert dat hiv meer voorkomt bij migranten uit bepaalde landen, maar verbindt hieraan niet de aanbeveling om tot een verplichte hiv-screening over te gaan. Er is geen sprake van een onafwendbaar gevaar voor de volksgezondheid, gezien de wijze van overdracht van de ziekte. Wel doet de commissie de aanbeveling om migranten uit hiv-risicoland te wijzen op het gevaar en een vrijwillige hiv-test aan te bieden. De commissie is een uitgesproken tegenstander van het koppelen van een verplichte hiv-screening aan het recht op een verblijfstitel. Gezondheid behoort alleen als er sprake is van een ernstig en onafwendbaar besmettingsgevaar een reden voor niet-toelating te zijn. Wel kan hiv-besmetting een rol spelen bij de beoordeling van de verblijfsaanvraag indien de ziekte door de vreemdeling als grond voor verblijf wordt aangevoerd.

Aanbeveling 14

De commissie adviseert de ministers zorg te dragen voor een betere registratie van de beleidsrelevante gegevens, zodanig dat deze gegevens op een betrouwbare manier worden verzameld, opgeslagen en toegankelijk gemaakt.

Tijdens haar werkzaamheden is de commissie er herhaalde malen op gestuit dat in relatie tot de beslissingen waarop dit rapport betrekking heeft, betrouwbare gegevens over aantallen personen enerzijds en medische gronden en de medische data anderzijds niet voorhanden zijn. De commissie is zich ervan bewust dat het gaat om problematiek die altijd met een zekere

mate van mist zal zijn omgeven, in het bijzonder waar het gaat om mensen die illegaal in Nederland verblijven. Echter, ook met betrekking tot mensen die wel rechtmatig in Nederland verblijven en met betrekking tot mensen die in procedure zijn, ontbreken veel gegevens die voor een goede beleidsanalyse nodig zijn. Relevante gegevens zijn er niet, zijn incompleet of slechts te betrekken uit een combinatie van bewerkelijke en niet primair op de betreffende gegevens gerichte bronnen. Op verschillende plaatsen in het rapport van de commissie komt dit naar voren. Weliswaar meent de commissie een behoorlijk beeld te kunnen schetsen van de praktijk en van de mate waarin bepaalde ontwikkelingen wel of niet aan de orde zijn, maar het ontbreken van systematische en beleidsrelevante registraties heeft het werk van de commissie zeer gehinderd.

Overzicht hoorzittingen

1. Amnesty International
Drs. G. Klos (externe betrekkingen); mr. R. Bruin (afdeling vluchtelingen); A.C.H. Geurts, arts (lid Medische Onderzoeksgroep).
2. Centrum '45/De Vonk
R.J.P. Rijnders, psychiater (De Vonk); R. Evertse (destijds clustermanager asielzoekers-vluchtelingen); drs. J.W. Reerds MBA (directeur).
3. COA (Centraal Orgaan Opvang Asielzoekers)
J. van Burg, arts (accountmanager Bureau Gezondheidszorg Asielzoekers bij COA).
4. GGD Nederland/Landelijk Servicebureau MOA
Drs. H. Nijsingh (senior beleidsmedewerker Zorg MOA) en drs. E.S.M. Goossen (beleidsmedewerker onderzoek).
5. GGZ Nederland
W. Amptsmeijer, arts; R. van Dijk (consultant interculturele zaken); M. Hoekstra (projectleider GGZ en asielzoekers); R.F. May (coördinator intercultureel management); S. van der Schoor (regiocoördinator asielzoeker).
6. IGZ (Inspectie Gezondheidszorg)
Mr. drs. W.C.Voogt (Inspecteur).
7. INLIA (Stichting Internationaal Netwerk van Lokale Initiatieven ten behoeve van Asielzoekers)
J. van Tilborg (directeur).
8. Johannes Wier Stichting
M. van den Muijsenbergh, arts.
9. Koninklijke Marechaussee
Majoor H. Engels.
10. Medicare
J.W. Klinkenberg.
11. Ministerie van Justitie
BMA (Bureau Medische Advisering) van de IND (Immigratie- en Naturalisatie Dienst)
W. Matulesy, arts; C. Girbaran, arts; J.J. Stam-Posthuma, arts; J. Rietbergen (hoofd BMA).
IND (Immigratie- en Naturalisatie Dienst)
Dr. P. van Krieken (Raadsadviseur Internationale Vreemdelingenzaken); E. Slijper (beleidsmedewerker afdeling uitvoeringsbeleid); M. Meerenburg (regionaal medewerker regulier); P. van der Horst (beleidsmedewerker afdeling uitvoeringsbeleid); F. Heide (onderzoeker); drs. U. Aron (onderzoeker); A. Zaan (senior regionaal medewerker regulier).
Directie Vreemdelingenbeleid
Drs R.R.R.X. Heijkant.
12. NIDOS (Stichting NIDOS jeugdbescherming voor vluchtelingen)
G.F.M. Verstegen (directeur hulpverlening); A. Boons (praktijkleider).
13. PHAROS
E. Bloemen (arts); R.B.M. Grotenhuis (directeur).
14. Politie Regio Gelderland-Zuid
Mr. B. Poelert (Korpschef Regio Gelderland-Zuid, Beheerder vreemdelingenportefeuille in de Raad van Hoofdcommissarissen).
15. RZA (Stichting Rechtshulp Asiel)
Mr. W. Hompe; mr. N. Hennepman.
16. SMAK (Stichting Medisch Advies Kollektief)

- J. van Buuren (huisarts).
17. VU Medisch Centrum
Prof. Dr. S. Danner (interne geneeskunde).
 18. VVN (Stichting Vluchtelingenwerk Nederland)
Mr. S. Kok en T. Wijn (beleidsmedewerkers).
 19. Dr. L. van Willigen (arts, Consultant Gezondheidszorg Vluchtelingen).
 20. De Witte Jas
M. Kruyswijk (huisarts).

Lijst van afkortingen

AC	Aanmeldcentrum
AC-procedure	asielprocedure in het Aanmeldcentrum
ACVZ	Adviescommissie Vreemdelingenzaken
AFV	Anti-Folter Verdrag
AMA's	Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers
art.	artikel
artt.	artikelen
AVO	Aanvullende Opvang
Awb	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AZC	Asielzoekercentrum
BMA	Bureau Medische Advisering
CAT	Convention Against Torture (Comité tegen foltering)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CMR/KUN	Centre for Migration Research Katholieke Universiteit Nijmegen
COA	Centraal Opvang Asielzoekers
COW	Centrale Opvang in Woningen
CRV	Centraal Register Vreemdelingen
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele vrijheden
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IND	Immigratie- en Naturalisatiedienst
INDIAC	IND Informatie- en Analysecentrum
IVBPR	Internationaal Verdrag voor de Burgerlijke en Politieke Rechten
IVSCER	Internationaal Verdrag inzake Sociale, Culturele en Economische Rechten
KCO's	Kleinschalige Centrale Opvang
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
MOG-AI	Medische Onderzoeksgroep Amnesty International
Mvv	Machtiging tot voorlopig verblijf
nr.	nummer
OC	Opvangcentrum
OC-procedure	asielprocedure na doorverwijzing uit het AC naar het OC
p.	pagina
PTSS	Post Traumatisch Stress Syndroom
Ro.	Rechtsoverweging
RvA	Regeling verstrekkingen asielzoekers en andere categorieën
TBV	Tussentijds Bericht Vreemdelingencirculaire
TK	Tweede Kamer
TNV	Tijdelijke Noodvoorziening
Trb.	Tractatenblad
UNFPA	VN-Fonds voor Bevolkingsactiviteiten (UN Fund for Population Activities)
Vb	Vreemdelingenbesluit

Vc	Vreemdelingencirculaire
VN	Verenigde Naties
Vv	Vluchtelingenverdrag
Vw	Vreemdelingenwet
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
WHO	Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organisation)
ZZA	Zelf Zorg Arrangement
Zfw	Ziekenfondswet
Zp	zittingsplaats

Besluit Landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid

10 mei 2001/Nr. GVM/2181024

De Staatssecretaris van Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Besluiten:

Artikel 1

In dit besluit wordt verstaan onder:

- a. *de staatssecretaris*: de Staatssecretaris van Justitie;
- b. *de minister*: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- c. *de commissie*: de commissie, bedoeld in artikel 2.

Artikel 2

1. Er is een Landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid, hierna te noemen de commissie.

2. De commissie heeft tot taak na te gaan wat de invloed is van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen tot Nederland en is daartoe belast met:

a. het verrichten van deelonderzoek I (problemanalyse) voor de periode 1995 tot en met 2000 naar:

i) het aantal vreemdelingen waar medische gronden mede een rol hebben gespeeld bij het verzoek om toelating tot Nederland;

ii) het aantal vreemdelingen waar medische gronden mede een rol hebben gespeeld bij het verkrijgen van een toelating tot Nederland;

iii) het aantal vreemdelingen aan wie in Nederland uitstel van vertrek op medische gronden is verleend;

iv) de aard van de medische gronden waarop toelating tot Nederland is verzocht of verkregen dan wel waarop uitstel van vertrek is verleend;

v) het stadium in de vreemdelingenrechtelijke procedure waarin de vreemdeling een beroep doet op medische gronden voor toelating of uitstel van vertrek;

vi) de ontwikkelingen in de toestroom in de afgelopen 5 jaar;

vii) de consequenties van de toestroom tot Nederland voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg hier te lande;

b. het opdracht geven tot het verrichten van deelonderzoek II (vergelijkende studie) naar:

i) de mate waarin Nederland op grond van nationaal en internationaal recht verplicht is tot de toelating van vreemdelingen op medische gronden en verplicht is tot het doen van onderzoek bij een verzoek van vreemdelingen om toelating op medische gronden;

ii) het toelatingsbeleid en uitstel van vertrekbeleid op medische gronden in de Europese landen Duitsland, Frankrijk, België, het Verenigd Koninkrijk, Spanje, Zwitserland en Zweden;

iii) het verschil in aanbod van medische voorzieningen voor vreemdelingen in procedure in de landen genoemd onder (ii);

iv) de positie van Nederland ten opzichte van de onder (ii) genoemde landen;

c. het op grond van deelonderzoek I en II:

i) het geven van een oordeel over de verschillende situaties waarin een beroep op medische gronden wordt gedaan;

ii) formuleren van te treffen maatregelen ter voorkoming van naar het oordeel van de commissie ongewenst beroep op medische gronden: de commissie betreft hierbij de positie van Nederland ten opzichte van de onder b (ii) genoemde Europese landen;

d. het formuleren van conclusies met betrekking tot de positie van het medisch advies in de Nederlandse vreemdelingenrechtelijke procedure, in het bijzonder over:

i) de criteria en de procedure voor het verlenen van een verblijfsrecht op medische gronden;

ii) de criteria en de procedure voor het verlenen van uitstel van vertrek op medische gronden, mede in relatie tot artikel 64 van de Vreemdelingenwet 2000 en artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

e. Het maken van een integraal rapport als bedoeld in artikel 4, vijfde lid, op basis van de resultaten van

deelonderzoek I en II en activiteit c en d, voorzien van conclusies.

Artikel 3

1. Tot lid van de commissie worden benoemd:

a. R.M.W. Smeets, psychiater, tevens voorzitter;

b. mr. dr. M. Buijsen, tevens secretaris;

c. prof. dr. I.D. de Beaufort;

d. prof. mr. C.A. Groenendijk;

e. drs. J.G.M. Hendriks;

f. prof. dr. J. Legemaate;

g. prof. H.B. Entzinger;

h. prof. dr. N.J. Schrijver;

i. W.A.R. Shadid-Moon Sammy, arts;

j. prof. dr. N.S. Klazinga.

2. Tot waarnemers in de commissie worden benoemd:

a. mr. Ph.A. Backx, ministerie van Justitie;

b. drs. S. van Doorn, ministerie van VWS.

Artikel 4

1. De commissie stelt binnen vier weken na instelling haar werkwijze vast in de vorm van een plan van aanpak.

2. Het secretariaat van de commissie zal worden gevoerd door mr. dr. M. Buijsen.

3. De commissie schakelt waar nodig voor de uitvoering van de taak als bedoeld in artikel 2, tweede lid, deskundigen in en kan zich doen bijstaan door andere personen en (onderzoeks-) organisaties voorzover dat voor de vervulling van haar taak noodzakelijk is.

4. De commissie is bevoegd om zich voor het verkrijgen van informatie te wenden tot overheidsdiensten en instellingen en groeperingen buiten de overheid.

5. De commissie brengt uiterlijk in mei 2002 aan de Staatssecretaris van Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een rapport uit van haar bevindingen.

Artikel 5

Het beheer van de bescheiden van de commissie geschiedt op overeenkomstige wijze als bij het Ministerie van Justitie. De bescheiden worden na

beëindiging van de werkzaamheden van de commissie naar het archief van beide ministeries overgebracht.

Artikel 6

1. Aan de leden van de commissie wordt een vacatiegeld toegekend van f 225,- (€ 102,10) per vergadering.
2. De leden van de commissie hebben recht op vergoeding van de reiskosten die gemaakt worden voor het bijwonen van vergaderingen, overeenkomstig het Reisbesluit Binnenland.
3. De commissie heeft de beschikking over een budget van maximaal f 200.000,- (€ 90.756,04) voor het verrichten van onderzoek en het geven van opdrachten aan derden.

Artikel 7

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin het wordt geplaatst.
2. Dit besluit vervalt 2 maanden nadat de commissie haar rapport heeft uitgebracht.

Artikel 8

Dit besluit wordt aangehaald als: besluit Landelijke commissie medische aspecten van het vreemdelingenbeleid.

Dit besluit zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Staatssecretaris van Justitie,
N. A. Kalsbeek.
De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers.*

Toelichting

Naar aanleiding van berichten in de pers over de zaak van een voorgenomen uitzetting van een HIV geïnfecteerde Somalische asielzoekster zijn begin 2000 Kamervragen gesteld aan de Staatssecretaris van Justitie (TK 688, 689, 710, vergaderjaar 1999-2000). Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn tijdens het vragenuurtje van 25 januari 2000 vragen gesteld over het HIV-testbeleid van de Inspectie voor de Gezondheidszorg voor zwangere vrouwen (TK 40, 25 januari 2000). De Minister heeft daarop toegezegd in overleg te treden met de Staatssecretaris van Justitie

over het HIV-testbeleid bij zwangere asielzoeksters.

Het overleg tussen de Minister van VWS en de Staatssecretaris van Justitie heeft op 10 februari 2000 plaatsgevonden. De conclusie van het overleg was dat onderzoek nodig is op een breder terrein dan alleen asielzoekers met een HIV-infectie. De Minister en de Staatssecretaris hebben daarop besloten een onafhankelijke commissie in te stellen die onderzoek doet naar de invloed van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen tot Nederland. De commissie dient te onderzoeken of er sprake is van oneigenlijke migratie om medische redenen, en zo ja, in welke omvang deze plaatsvindt en of deze vorm van migratie tot ongewenste situaties leidt in het toelatingsbeleid of in de – beschikbaarheid van de – gezondheidszorg in Nederland. Daartoe dient onder meer onderzocht te worden welke medische criteria in Nederland worden gehanteerd voor de toelating, opvang en verwijdering van vreemdelingen en hoe de toepasselijke Nederlandse beleids-, wet- en regelgeving op dit gebied zich verhoudt ten opzichte van de beleids-, wet- en regelgeving in enkele Europese landen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek wordt de commissie verzocht aanbevelingen te doen omtrent het beroep op medische gronden en het toepassen van medische criteria in de vreemdelingrechtelijke procedures in Nederland en de positie van het medische advies in deze.

Gezien de opdracht is er gekozen voor een brede opzet van de commissie met experts op het gebied van de medische ethiek, het gezondheidsrecht, het vreemdelingenrecht, het verdragsrecht, de ontwikkelingssamenwerking, de interculturalisatie, een medicus en een financieel-verzekeringstechnisch expert. De commissie legt in een plan van aanpak de nadere uitwerking van de opdracht vast. De werkwijze van de commissie is in overleg met de voorzitter en secretaris tot stand gekomen. Een belangrijk onderdeel van de werkwijze van de commissie is het uitbesteden van deelonderzoek, waarbij de commissie verantwoordelijk is voor het formuleren van de onderzoeksvragen, het begeleiden van het onderzoek en het verzamelen en interpreteren van de onderzoeksresultaten. De

commissie dient uiterlijk mei 2002 het rapport met haar bevindingen aan de Staatssecretaris van Justitie en de Minister van VWS aan te bieden.

*De Staatssecretaris van Justitie,
N. A. Kalsbeek.
De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers.*

Uitgave:
Landelijke Commissie
Medische Aspecten van het
Vreemdelingenbeleid

Internetadres:
www.minvws.nl
www.minjus.nl

Maart 2004

Op 10 mei 2001 is bij besluit van de toenmalige minister van VWS en de toenmalige staatssecretaris van Justitie de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid ingesteld.

De commissie kreeg de opdracht te onderzoeken of vreemdelingen misbruik maken van de mogelijkheden om op medische gronden toelating in Nederland te krijgen, en zo ja, welke gevolgen dit heeft voor het toelatingsbeleid en de gezondheidszorg in Nederland. Daartoe is de commissie onder meer gevraagd te onderzoeken welke medische criteria voor toelating van vreemdelingen in Nederland gelden en hoe de Nederlandse regelgeving zich verhoudt tot regelgeving in andere Europese landen. Op basis van de uitkomsten van dit onderzoek zouden aanbevelingen moeten worden gedaan omtrent het beroep op medische gronden, het toepassen van medische criteria in de procedures omtrent toelating, verblijfsverlening en uitzetting van vreemdelingen, en de betekenis van het medische advies hierbij.

Justitie



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

VWS