

Kroniek

Medische aspecten bij verblijfsvergunningaanvragen

In A&MR 2010-7 verscheen het artikel 'Medisch advies in reguliere zaken'.² Na zeven jaar is het hoog tijd voor een update in de vorm van een kroniek,³ al is het wettelijk kader sinds 2010 slechts weinig veranderd – waarvoor we dan ook verwijzen naar het genoemde artikel. In deze kroniek komt de invoering van de zogenoemde kennisgevingsprocedure aan de orde. Ook beleidsmatig is er de afgelopen jaren het een en ander veranderd en naar aanleiding van de arresten Paposhvili⁴ en M'Bodj⁵ staan belangrijke wijzigingen op stapel.

INHOUD

1. Kennisgevingsprocedure
2. Procesbelang en ingangsdatum
3. mvv-vereiste
4. Deskundigenadvies
5. Contra-expertise
 - 5.1 Wanneer is aanvullend of nieuw advies noodzakelijk?
 - 5.2 Ambtshalve toets artikel 64 Vw bij een asielaanvraag
 - 5.3 Medische noodsituatie op korte termijn
6. Feitelijke toegankelijkheid en beschikbaarheid
 - 6.1 Alternatieve medicatie
 - 6.2 Mantelzorg
 - 6.3 Veilige behandelomgeving
7. Vergewisplicht reisvoorwaarden
8. Medisch tuchtrecht
9. Slot

1. Kennisgevingsprocedure

Per 1 april 2014 zijn de artikelen 3.99a en 6.1c Vb ingevoerd. De daarin neergelegde 'kennisgevingsprocedure' maakt de aanvrager van een verblijfsvergunning regulier voor bepaalde tijd onder de beperking 'medische behandeling' en de verzoeker om toepassing van artikel 64 Vw meer dan voorheen zelf verantwoordelijk voor het aanleveren van de noodzakelijke medische informatie. In essentie komt de

kennisgevingsprocedure erop neer dat de vreemdeling pas een aanvraag mag indienen indien hij een compleet medisch dossier heeft ingeleverd bij BMA. In de paragrafen B8/9 en A3/7.1 Vc is uitgewerkt welke informatie de vreemdeling zelf moet aanleveren. In veel gevallen zal dan ook een recht op opvang door het COA ontstaan. In een uitspraak van 29 maart 2016⁶ heeft de Afdeling geoordeeld dat de kennisgevingsprocedure in strijd is met artikel 1:3, derde lid, Awb. Het gevolg van deze uitspraak is dat ook indien er noodzakelijke (medische) gegevens ontbreken, er sprake is van een aanvraag in de zin van artikel 1:3 Awb. De staatssecretaris zal een dergelijke onvolledige aanvraag volgens de systematiek van de Awb moeten afhandelen door eerst een mogelijkheid tot herstel van het verzuim te bieden en eventueel daarna de aanvraag buiten behandeling te stellen.

1 Johan ten Berg schrijft deze kroniek op persoonlijke titel.
2 Marjon Peeters, 'Medisch advies in reguliere zaken', A&MR 2010-7, p. 334-341.
3 Een voorschot hierop werd al gegeven in de 'Kroniek Advisering' in A&MR 2017-4: J. Van Breda en K. Zwaan 'Kroniek Advisering', A&MR 2017-4, p.185-193.
4 EHRM 13 december 2016, Paposhvili tegen België 41738/10, JV 2017/22, m.nt. Meyer en B. Wegelin, 'Het EHRM gooit roer om in medische zaken. Arrest Paposhvili verbetert verblijfpositie ernstige zieke vreemdelingen', A&MR 2017-2, p. 61-66.
5 HvJ EU 18 december 2014, C-542/13, JV 2015/23, m.nt. Battjes.

6 AbRS 29 maart 2016, 201504600/1, JV 2016/137, m.nt. Groenewegen.

2. Procesbelang en ingangsdatum

De afschaffing per 1 juli 2010 van de mogelijkheid om een verblijfsvergunning onder de beperking 'medische nood situatie' te verlenen, heeft enkele door de staatssecretaris onvoorziene gevolgen gehad. Op grond van artikel 3.46, vierde lid, Vb kan een vreemdeling die direct voorafgaande aan de aanvraag om een verblijfsvergunning regulier onder de beperking 'medische behandeling' ten minste een jaar uitstel van vertrek had op grond van artikel 64 Vw, vrijstelling krijgen van het mvv-vereiste en de eis dat de financiering deugdelijk geregeld moet zijn. In een reeks uitspraken sinds 2012⁷ maakt de Afdeling duidelijk dat een vreemdeling daarom aan artikel 3.46, vierde lid, Vb (proces-)belang heeft bij een procedure over artikel 64 Vw ook al wordt hij vanwege de verlening van uitstel van vertrek of om een andere reden niet met uitzetting bedreigd. De staatssecretaris dient volgens de Afdeling⁸ bij een inwilliging van een verzoek om toepassing van artikel 64 Vw te motiveren waarom het uitstel van vertrek in een voorkomend geval niet met terugwerkende kracht wordt verleend. De beleidsregel in paragraaf A3/7.1.3 Vc dat het uitstel van vertrek aanvangt op de datum van de beschikking moet volgens de Afdeling buiten toepassing blijven indien de gevolgen onevenredig zijn. De Afdeling overweegt in een uitspraak van 14 augustus 2015:⁹ 'In het toepasselijk beleid is geen rekening gehouden met situaties als hier aan de orde, waarin uitsluitend als gevolg van aan de staatssecretaris toe te rekenen omstandigheden een verblijfsgeval ontstaat.'¹⁰ De vreemdeling kan dus aanspraak maken op een eerdere ingangsdatum als het BMA of de staatssecretaris een fout heeft gemaakt. Op deze wijze kunnen verblijfsgevalen tussen twee periodes uitstel van vertrek worden gedicht.¹¹ In de praktijk verleent de IND bij tijdige verzoeken om verlenging van de artikel 64 Vw status na inwilliging aansluitend een nieuwe artikel 64 Vw status.

3. mvv-vereiste

In zaken waarin een beroep wordt gedaan op vrijstelling van het mvv-vereiste in verband met de medische situatie van de vreemdeling, is het van belang zowel medische als niet medische omstandigheden in onderling verband te bezien. In beginsel kan de staatssecretaris verlangen dat een vreemdeling terugkeert naar het land van herkomst en een naburig land om aldaar een mvv te vragen indien in beide landen adequate medische behandeling beschikbaar is.¹² Van een burger van Sierra Leone kan bijvoorbeeld verlangd worden dat hij bij de Nederlandse vertegenwoordiging in Senegal de mvv-aanvraag indient als in Senegal behandeling beschikbaar is. Dat in het land van herkomst Sierra Leone geen behandeling beschikbaar is, doet daar niet aan af. Tenzij het voor de vreemdeling ook noodzakelijk is om naar Sierra Leone te reizen, bijvoorbeeld om daar een paspoort te verkrijgen. Die situatie was aan de orde in de uitspraak van de ABRS van 28 oktober 2011.¹³ Deze noodzake-

lijkheid dient door de vreemdeling te worden onderbouwd met bewijsstukken.¹⁴

4. Deskundigenadvies

De adviezen van BMA worden opgesteld door artsen werkzaam bij externe bureaus die via een openbare aanbesteding worden geselecteerd. Deze artsen zijn – anders dan veelal wordt verondersteld¹⁵ – niet in dienst van het Ministerie van Justitie. De werkwijze van BMA is neergelegd een Protocol dat te vinden is op de website van de IND.¹⁶ Hoewel de artsen niet in dienst zijn van het Ministerie van Justitie, dienen zij hun werkzaamheden wel te verrichten binnen de door de Minister vastgestelde kaders.

Volgens vaste jurisprudentie van de ABRS wordt een BMA-advies als deskundigenadvies aangemerkt. De staatssecretaris moet zich, indien en voor zover hij een BMA-advies aan zijn besluitvorming ten grondslag legt, ingevolge artikel 3:2 van de Awb ervan vergewissen dat dit (naar wijze van totstandkoming) zorgvuldig en (naar inhoud) inzichtelijk en concludent is.¹⁷ Inzichtelijk houdt in dit geval in dat het duidelijk is hoe de deskundige tot diens oordeel is gekomen. Concludent houdt in dat het oordeel van de deskundige logisch volgt uit diens argumentatie.

Uit het BMA-advies moet kunnen worden afgeleid dat het BMA alle klachten van de vreemdeling in de beoordeling heeft betrokken. De uitspraak van de Afdeling van 23 januari 2014¹⁸ ging over een advies waarin niet duidelijk was dat naast de fysieke klachten ook de psychische klachten meegenomen waren in de beoordeling. De uitspraak van de rechtbank en het onderliggende besluit werd daarom vernietigd.¹⁹

Ook in de uitspraak van de ABRS van 14 oktober 2016²⁰) achtte de Afdeling het BMA-advies niet inzichtelijk. Ten eerste had het brondocument dat aan het BMA-advies ten grondslag lag, slechts betrekking op één van de twee in het advies genoemde medische instellingen. Voorts was niet duidelijk wat het ontbreken van het medicijn Infliximab voor consequenties zou hebben op het ontstaan van een medische nood situatie²¹.

5. Contra-expertise

Als sprake is van een zorgvuldig, inzichtelijk en concludent BMA-advies dan mag de staatssecretaris een besluit daarop baseren en dan wordt toegekomen aan de beoordeling van tegenbewijs. Ook zonder contra-expertise kan de zorgvuldigheid of inzichtelijkheid van het deskundigenbericht worden betwist. Tegenbewijs dat niet afkomstig is van een deskundige,²² wordt

7 Vgl. ABRS 7 mei 2012, 201202149/1 en ABRS juni 2012, 201200584/1, www.raadvanstate.nl

8 ABRS 6 februari 2014, 201306759/1, JV 2014/107 en ABRS 19 februari 2014, 201207174/1, www.raadvanstate.nl.

9 ABRS 14 augustus 2015, 201408788/1, AB 2016/163 m.nt. Groenewegen.

10 Vgl. ook ABRS 13 juli 2015, 201409225/1, JV 2015/248 en ABRS 14 juni 2016, 201509458/1, JV 2016/205.

11 Vgl. ABRS 30 september 2014, 20100613/1, www.raadvanstate.nl.

12 Vgl. ABRS 6 juni 2013, 201201081/1, www.raadvanstate.nl.

13 ABRS 28 oktober 2011, 201100271/1, www.raadvanstate.nl.

14 ABRS 17 april 2013, 201200485/1, www.raadvanstate.nl.

15 Rechtbank Den Haag, zp Amsterdam, 11 oktober 2016, AWB 15/15318, ECLI:NL:RBDHA:2016:14921.

16 <https://www.ind.nl/Documents/BMA%20protocol%20april%202016.pdf>.

17 Vgl. ABRS 12 januari 2017, 201605075/1, www.raadvanstate.nl.

18 ABRS 23 januari 2014, 201300850/1, www.raadvanstate.nl.

19 Vgl. echter ABRS 8 augustus 2014, 201401155/1, www.raadvanstate.nl waarin wordt overwogen: 'Uit de enkele omstandigheid dat de BMA-arts de klachten van de vreemdeling over somberheid en angstgevoelens niet (uitdrukkelijk) in het advies heeft vermeld, volgt niet dat de arts van het BMA deze gegevens niet bij de beoordeling van de vraag of bij uitblijven van behandeling een medische nood situatie op korte termijn zal ontstaan, heeft betrokken.'

20 ABRS 14 oktober 2016, 201602946/1, www.raadvanstate.nl.

21 In gelijke zin ABRS 6 juni 2016, 201509372, www. ECLI:NL:RVS:2015:3326.

22 Er is weinig jurisprudentie over wie kan worden aangemerkt als deskundige. In ABRS 4 april 2013 (ECLI:NL:RVS:2013:BZ8708) oordeelde de Afdeling dat een stafmedewerker van BMA geen medisch deskundige is.

Kroniek Medische aspecten bij verblijfsvergunningaanvragen

niet als tegenbewijs aangemerkt.²³ Tegenbewijs, al dan niet in de vorm van een contra-expertise, dient concrete aanknopingspunten te bieden voor twijfel aan de juistheid of volledigheid van het rapport van de door de staatssecretaris geraadpleegde deskundige.

Indien een contra-expertise moet worden aangevraagd, loopt de vreemdeling tegen het probleem aan dat hieraan hoge kosten zijn verbonden waarvoor de vreemdeling zelf opdraait. Een contra-expertise kost al gauw tussen de 1800 en 2500 euro. Voor een reactie van de contra-expert op de reactie van BMA naar aanleiding van de contra-expert moet daarnaast een uurtarief worden betaald. In sommige gevallen heeft de vreemdeling geluk, omdat er binnen zijn netwerk of dat van de advocaat een medisch deskundige beschikbaar is die tegen een lage vergoeding een deskundigenoordeel wil geven.²⁴

Een mogelijke oplossing voor het bewijsprobleem zou kunnen liggen in de toepassing van het arrest van het EHRM inzake Korošec van 8 oktober 2015.²⁵ De advocaat had in een medische zaak een beroep gedaan op voornoemd arrest en gesteld dat, nu het BMA-advies voor de besluitvorming van de IND van doorslaggevende betekenis is, de rechtbank een onafhankelijk medisch deskundige dient in te schakelen. Indien de rechtbank dit niet zou doen, zou er sprake zijn van schending van artikel 6 EVRM en artikel 47 Handvest van de grondrechten van de EU. Immers, elke partij moet een redelijke mogelijkheid hebben zijn zaak te presenteren onder omstandigheden die hem niet in een substantiële nadeliger positie plaatst dan de wederpartij.

De rechtbank nam in deze zaak aan dat artikel 64 Vw procedure onder de reikwijdte van het Handvest valt en beoordeelde vervolgens het beginsel van 'equality of arms'.²⁶ De rechtbank kwam tot de conclusie dat de vreemdeling – hoewel werd onderkend dat de verblijfsrechtelijke situatie een belemmering vormt voor het indienen van een contra-expertise – de vreemdeling toch de mogelijkheid had gehad om de BMA-adviezen te weerspreken. Immers, het deskundigenadvies kan ook worden weersproken door de behandelaar van de vreemdeling, mits daaruit concrete aanknopingspunten blijken voor twijfel aan de juistheid van het deskundigenadvies.

De advocaat in kwestie kon zich niet met deze uitspraak verenigen en stelde hoger beroep in bij de ABRS. Naar aanleiding hiervan wilde ABRS wil weten in welke situaties de rechter een deskundige dient in te schakelen en in hoeverre problemen met betrekking tot de financiering van een contra-expertise daarbij een rol spelen.

In afwachting van de uitspraak lijkt de tendens bij zittingsplaats Amsterdam te zijn dat de rechtbank bij een beroep op het arrest Korošec en indien met informatie van de behandelaars twijfel wordt gezaaid over de inhoud van het BMA-advies, een deskundige aanwijst. Voor de goede orde wordt hierbij opgemerkt dat conform de richtlijnen van de KNMG de behandelend arts geen geneeskundige verklaringen af mag geven over eigen patiënten. Wel mag een behandelend arts, met toestemming van de patiënt, feitelijke medische informatie verstrekken.

5.1 Wanneer is aanvullend of nieuw advies noodzakelijk? De staatssecretaris zal in de bestuurlijke fase zorgvuldig moeten beoordelen of nieuwe medische informatie tot een aanvullend BMA-advies noopt. Uit jurisprudentie blijkt dat dit soms een lastige beoordeling is. Uit een uitspraak van 23 december 2015 blijkt dat een wijziging in de behandeling – de vreemdeling kreeg inmiddels ook antistollingsmedicatie voorgeschreven – een nieuw advies noodzakelijk maakte.²⁷ Toch acht de Afdeling niet iedere wijziging in medicatie relevant, zo blijkt uit een uitspraak van 10 augustus 2015.²⁸ De Afdeling overweegt dat in de brief van de behandelaar weliswaar een – deels – andere medicatie is vermeld, maar dat de behandelaar niet heeft gesteld dat die wijziging het gevolg is van een verslechterde gezondheidssituatie. Soms is in het BMA-advies ook al voldoende geanticipeerd op een toename van de klachten, zo blijkt uit een uitspraak van 20 januari 2014²⁹). Tevens lijkt de Afdeling de aanwezigheid van behandel mogelijkheden relevant te achten bij de beantwoording van de vraag of nader onderzoek moet plaatsvinden.³⁰ Zie in dit verband ook de uitspraak van de Afdeling van 12 januari 2017.³¹

'De rechtbank heeft in de brief van 9 november 2015 ten onrechte aanleiding gezien voor het oordeel dat de staatssecretaris deze brief aan het BMA had moeten voorleggen. Uit het BMA-advies blijkt dat het BMA de ernst van de psychische klachten en de suïcidaliteit van de vreemdeling reeds heeft beoordeeld in relatie tot de medische nood-situatie. Dat de thuisbegeleiding is geïntensiveerd na de in de nadere gronden van bezwaar genoemde tentamen suïcide van 14 oktober 2015, doet niet af aan de inhoud van de conclusie van het BMA over de medische nood-situatie en de aanwezigheid van de voor de vreemdeling benodigde behandeling in Armenië, zoals hiervoor onder 2.3. is overwogen.'

De staatssecretaris zal zich er niet alleen van moeten vergewissen dat de behandel informatie nog actueel is, maar tevens of de informatie over de behandel mogelijkheden dat ook is. Hoewel BMA de staatssecretaris adviseert geen gebruik te maken van adviezen ouder dan zes maanden, betekent dit volgens de Afdeling niet dat BMA aan een advies geen landen-informatie ouder dan zes maanden ten grondslag zou mogen leggen. Als er echter concrete aanwijzingen zijn dat de beschikbaarheid van behandeling wisselend en onvoorspelbaar is, dan moet de staatssecretaris de informatie actualiseren.³² Wanneer de staatssecretaris in de beroepsfase een nieuw BMA-advies vraagt zonder dat er gewijzigde omstandigheden zijn, betekent dit overigens niet op voorhand dat de besluitvorming ondeugdelijk was, zo leert een al wat oudere uitspraak van de Afdeling van 2 april 2010³³.

Uit jurisprudentie van de ABRvS³⁴ volgt dat het in strijd is met artikel 3:2 van de Awb om een besluit te nemen zonder de vreemdeling in staat te stellen te reageren op een nader BMA-advies. Voorts volgt uit de jurisprudentie van de ABRvS³⁵ dat het in strijd met artikel 3:2 van de Awb is om een besluit te baseren op een BMA-advies zonder een door de vreemdeling ingebracht gemotiveerd medisch oordeel over de zorgvuldigheid en inzichtelijkheid van dat advies voor een reactie voor te leggen

23 ABRS 20 oktober 2015, 201503053/1, www.raadvanstate.nl.

24 Een vergoeding bij het COA is alleen mogelijk als voldoende wordt aangetoond dat het om noodzakelijke kosten gaat, zie bv. ABRvS 26 maart 2015, ECLI:NL:RVS:2015:994.

25 EHRM 8 oktober 2015, *Korošec tegen Slovenië*, 77212/12, www.echr.coe.int, zie ook de uitspraak van de MK Amsterdam, 11 oktober 2016, ECLI:NL:RBDHA:2016;14921 en naar aanleiding hiervan de zitting bij de ABRS van 7 februari 2017 (zaaknummer 201608140/1).

26 Rb Den Haag zp Amsterdam (mk), 11 oktober 2016, AWB 15/15318, ECLI:NL:RBDHA:2016:14921.

27 Vgl. ABRS 25 juni 2012, 201202755/1, www.raadvanstate.nl.

28 ABRS 10 augustus 2015, 201408203/1, www.raadvanstate.nl.

29 ABRS 20 januari 2014, 201308853/1, *JV* 2014/94.

30 ABRS 6 juli 2015, 201410432/1, www.raadvanstate.nl.

31 ABRS 12 januari 2017, 201605075/1, www.raadvanstate.nl.

32 Vgl. ABRS 9 mei 2014, 201307273/1, *JV* 2014/214.

33 ABRS 2 april 2010, 200907559/1, www.raadvanstate.nl.

34 Vgl. ABRS 6 juni 2011, *JV* 2011/334.

35 Vgl. ABRS 21 juli 2015, *JV* 2015/263

aan het BMA. Dit volgt ook uit het BMA Protocol. Het is aan de BMA-arts – en niet aan de IND – om te beoordelen of het gaat om medische gegevens. Is dat het geval, dan laat BMA schriftelijk weten of de inhoud van die gegevens wel of geen aanleiding geeft tot het uitbrengen van een nader medisch advies.

5.2. Ambtshalve toets artikel 64 Vw bij een asielaanvraag In het voorjaar van 2014 zijn in het kader van het Project Stroomlijning Toelatingsprocedures belangrijke wijzigingen in de wetgeving over de beoordeling van asielaanvragen doorgevoerd. Onder meer is per 1 april 2014 een ambtshalve toets aan artikel 64 Vw neergelegd in artikel 6.1e Vb in werking getreden. Dit betekent dat voor vreemdelingen die op of na 1 april 2014 een asielprocedure hebben doorlopen – enkele uitzonderingen daargelaten – altijd is beoordeeld of hun medische situatie aanleiding geeft tot het verlenen van uitstel van vertrek. Indien de vreemdeling niet onder medische behandeling staat, behoeft voor die beoordeling geen BMA-advies te worden gevraagd. De enkele omstandigheid dat de vreemdeling bekend is met medische klachten en daarvoor onderzocht wordt, verplicht de staatssecretaris niet tot het aanbieden van een medisch onderzoek.³⁶ Indien de uitkomst van de asielprocedure is dat geen verblijfsvergunning en evenmin artikel 64 Vw wordt verleend, dan kan de vreemdeling zelf om toepassing uitstel van vertrek verzoeken. De IND zal beoordelen of aan dat verzoek nieuwe feiten of veranderde omstandigheden als bedoeld in artikel 4:6 Awb ten grondslag zijn gelegd.³⁷ Uit een uitspraak van de Afdeling van 11 december 2013³⁸ blijkt dat die beoordeling heel streng kan zijn. Het enkele feit dat een vreemdeling – anders dan ten tijde van de asielprocedure – onder behandeling staat, maakt niet dat sprake is van een novum. Immers, hieruit blijkt dat niet de gezondheidssituatie is verslechterd. Ook in die gevallen waarin in de asielprocedure wel kenbaar/ inhoudelijk aan artikel 64 Vw is getoetst, kan de IND van de vreemdeling dus verlangen dat deze aantoont dat sprake is van nova. Uit de reeds eerder aangehaalde uitspraak van 6 juli 2015³⁹ volgt dat als in het BMA-advies in de asielprocedure blijkt dat er behandelmogelijkheden in het land van herkomst zijn, de lat hoog kan liggen. De Afdeling overweegt:

‘Nu die (eerdere asiel-, red)procedure heeft geleid tot een op het BMA-advies van 6 mei 2013 rustende weigering van de staatssecretaris dat artikel toe te passen, welk besluit bij uitspraak van de Afdeling van 28 april 2014 in de zaak nr. 201402469/1/V3 rechtens onaantastbaar is geworden, en de vreemdeling in de onderhavige procedure geen nieuwe feiten of veranderde omstandigheden heeft aangevoerd, moet worden geoordeeld dat er voor de vreemdeling, hoe afhankelijk zijn gezondheidstoestand volgens de overgelegde medische stukken ook is van behandeling, in Armenië een behandelmogelijkheid is. (.) Aldus verschilt de gezondheidstoestand van de vreemdeling niet in relevante mate van zijn gezondheidstoestand ten tijde van de besluiten van 21 mei 2012 en zijn in die zin geen nieuw gebleken feiten of veranderde omstandigheden aanwezig.’⁴⁰

5.3 Medische noodsituatie op korte termijn

In het artikel in 2010⁴¹ werd reeds gerefereerd aan de uitspraak van de Afdeling van 15 maart 2010⁴² waaruit blijkt dat er volgens de Afdeling geen licht zit tussen de omschrijving van het begrip ‘medische noodsituatie’ in de Vreemdelingen-circulaire en de operationele definitie in het Protocol van het BMA. Dit oordeel heeft de Afdeling in een uitspraak van 25 februari 2016 bevestigd,⁴³ maar tevens is geoordeeld dat met betrekking tot het vaststellen van een medische noodsituatie bij kinderen vragen zijn gerezen over de bruikbaarheid van de beoordelingscriteria van BMA. De staatssecretaris had daarom BMA om nader advies moeten vragen.⁴⁴ De discussie over dit onderwerp loopt nog, zo blijkt uit een recente uitspraak van nevenzittingsplaats Haarlem van 4 april 2017.⁴⁵

Een element uit die definitie waarover met name in zaken van vreemdelingen met ernstige psychische problemen veelvuldig discussie is, betreft het gegeven dat de gevolgen bij uitblijven of het staken van de behandeling en niet de uitzettingshandeling als zodanig of de dreiging daarvan door BMA worden beoordeeld. In een uitspraak van 28 november 2016⁴⁶ overweegt de Afdeling:

‘Wat betreft de vrees van de behandelaar dat de vreemdeling vóór de gedwongen uitzetting zal overgaan tot zelfdoding, wordt opgemerkt dat artikel 64 van de Vw 2000 ziet op de vraag of de vreemdeling, gelet op zijn medische situatie, kan reizen naar zijn land van herkomst en zo ja, of daarbij nog medische reisvoorwaarden noodzakelijk zijn. Dit artikel ziet derhalve niet op gebeurtenissen tijdens een behandeltraject in Nederland. De suïcidale uitlatingen van de vreemdeling heeft het BMA in het BMA-advies betrokken door de reisvoorwaarden van begeleiding tijdens de reis door een sociaal psychiatrisch verpleegkundige én fysieke overdracht aan een arts of psychiater bij aankomst op te nemen.’

De uitspraak van de Afdeling van 2 februari 2015⁴⁷ biedt nog iets meer inzicht in de wijze van beoordeling door BMA. BMA acht de aanwezigheid van een verband tussen een eventueel risico op suïcide en het onderliggende ziektebeeld op zichzelf niet beslissend voor de beantwoording van de vraag of er een medische noodsituatie bij het staken van de behandeling zal ontstaan. Het risico wordt beoordeeld op basis van de medische voorgeschiedenis en het ziektebeeld, bijvoorbeeld of er sprake is geweest van opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het BMA gaat uit van de situatie in Nederland omdat het te speculatief zou zijn om daarbij te betrekken hetgeen er in het land van herkomst gebeurt als de behandeling wordt gestaakt. Als het BMA het reëel acht dat acuut medisch ingrijpen op het vliegveld van het land van bestemming noodzakelijk is, dan wordt er de reisvoorwaarde van fysieke overdracht gesteld. Bij aankomst zal een medicus ter plekke de gezondheidstoestand kunnen beoordelen. In veel gevallen wordt bij dreigende suïcide begeleiding tijdens de reis door een psychiatrisch geschoold verpleegkundige geadviseerd. In de praktijk bestaat daarnaast ook een discussie of de psychische klachten – dus op basis van het ziektebeeld – van een vreemdeling al dan niet tot een medische noodsituatie leiden. De behandelaar meent van wel, BMA meent van niet. In dergelijke gevallen dienen alle betrokken partijen

36 Vgl. ABR 22 maart 2016, 201504922/1, www.raadvanstate.nl.

37 Vgl. ABR 29 augustus 2014, *JV* 2014/390.

38 ABR 11 december 2013, 201206788/1, www.raadvanstate.nl.

39 ABR 6 juli 2015, (201410432/1, www.raadvanstate.nl

40 Hoewel de Afdeling met de uitspraak van 22 juni 2016 (201509196/1/V2 *JV* 2016/240) het ambtshalve beoordelingskader voor de rechter heeft verlaten, is de jurisprudentie nog steeds relevant voor zover de staatssecretaris gebruik heeft gemaakt van de bevoegdheid om een aanvraag met toepassing van artikel 4:6 Awb af te doen.

41 Marjon Peeters, ‘Medisch advies in reguliere zaken’, *A&MR* 2010-7, p. 334-341.

42 ABR 15 maart 2010, 200905701/1, *JV* 2010/212.

43 ABR 25 februari 2016, 201506562/1, www.raadvanstate.nl.

44 Vgl. ook ABR 21 juli 2015, 201500065/1, *JV* 2015/263.

45 Rechtbank Den Haag, nevenzittingsplaats Haarlem, 4 april 2017, Awb 14/22828, ECLI:NL:RBDHA:2017:3972.

46 ABR 28 november 2016, 201605356/1, www.raadvanstate.nl.

47 ABR 2 februari 2015, 201404702/1, *JV* 2015/87.

zich ervan te vergewissen of alle relevante feiten en omstandigheden uit het dossier zijn meegewogen. Eventuele eerdere BMA-rapportages kunnen daarbij relevant zijn.⁴⁸ Om te beoordelen of iemand die psychische klachten heeft, bij het achterwege laten van medische zorg op korte termijn een gezondheidstoestand zal ontwikkelen waarvoor onmiddellijke medische interventie nodig zal zijn, neemt BMA de actuele psychische gesteldheid en de psychische voorgeschiedenis in aanmerking. Het beloop van het ziekteproces en de hieraan gekoppelde afbouw of juist intensivering van de behandeling spelen hierbij een grote rol. Wanneer geen medische nood situatie wordt aangenomen, wordt evenmin nader onderzoek naar de behandelmogelijkheden in het land van herkomst gedaan en kan de vreemdeling geen geslaagd beroep doen op zijn medische situatie.

6. Feitelijke toegankelijkheid en beschikbaarheid

Het standpunt van de IND – en dit is meerdere malen bevestigd door de ABRS – is dat de feitelijke toegankelijkheid tot behandeling in het land van herkomst of land van bestendig verblijf niet van belang is bij de beoordeling of Nederland het meest aangewezen land is. Zo oordeelde de ABRS op 6 december 2016⁴⁹ dat niet bepalend is of een behandeling voor de vreemdeling feitelijk toegankelijk is, maar of de desbetreffende medische behandeling beschikbaar is in medisch-technische zin. Dit laatste begrip impliceert niet alleen dat de medicatie reeds verkrijgbaar is, maar ook dat het kan worden verkregen, bijvoorbeeld door een voorafgaande bestelling.

Interessant is in dit kader het Onderzoek verricht door het International Centre for Migration Policy Development⁵⁰ in opdracht van het Ministerie van Veiligheid en Justitie, waarin werd gekeken hoe België, Finland, Duitsland, Zweden en het Verenigd Koninkrijk (VK) omgaan met verblijfsaanvragen wegens een medische noodzaak. Enkel België heeft een aparte medische procedure, waarin artsen een belangrijke bijdrage leveren aan het besluitvormingsproces. In de andere landen maakt een op medische gronden gebaseerde aanvraag veelal deel uit van de asielprocedure. In alle landen moet de medische toestand in zekere mate ernstig zijn, de criteria variëren van ‘in the final stage of a disease’ (VK) tot ‘significant deterioration of the health’ (Duitsland). België en Duitsland onderzoeken of de betrokkene ‘feitelijke toegang’ heeft tot de behandeling. Naast Nederland onderzoekt alleen het VK of een medische behandeling ‘beschikbaar’ is. Enkel wanneer er meer dan 4 weken onderbreking zit in de medicijntoevoer, wordt aangenomen dat de behandeling niet beschikbaar is.

Het arrest van het EHRM van 13 december 2016 inzake Paposhvili, kan echter tot een ommekeer leiden in de huidige wijze van het beoordelen van medische aanvragen door de IND. In dit arrest oordeelde het Hof dat een lidstaat per zaak moet onderzoeken of voldoende en toereikende medische behandeling aanwezig is in het land van herkomst om te voorkomen dat een situatie in de zin van art. 3 EVRM ontstaat. Het gebrek

aan toegang tot een noodzakelijk geachte medische behandeling wordt door het Hof onder de reikwijdte van artikel 3 EVRM gebracht. Op het moment van het schrijven van deze kroniek is de verwachting dat het nieuwe beleid per 1 juni 2017 gereed zal zijn.⁵¹

6.1 Alternatieve medicatie

Het komt regelmatig voor dat uit de brondocumenten volgt dat de medicatie die een vreemdeling hier te lande krijgt, niet beschikbaar is in het land van herkomst. In dat geval, beziet BMA of er equivalenten van het benodigde medicijn voorhanden zijn. Indien dit het geval is, zal worden geoordeeld dat behandeling in het land van herkomst beschikbaar is. Wanneer in het BMA-advies equivalenten worden genoemd, dan zal de behandelaar moeten motiveren (contra-indicatie) dat alternatieve medicatie niet of onvoldoende effectief zal zijn. De enkele stelling dat het huidige medicijn de voorkeur heeft, omdat gebleken is dat dit goed werkt, is onvoldoende.⁵²

6.2 Mantelzorg

Indien er sprake is van een medische nood situatie bij het staken van de behandeling en er behandeling in het land van herkomst beschikbaar is, kan er toch reden zijn om te oordelen dat Nederland het meest aangewezen land is voor behandeling. Dit is het geval, indien de vreemdeling afhankelijk is van mantelzorg of als er geen sprake is van een veilige behandelomgeving (waarover zo meer).

Indien er sprake is van mantelzorg, dan is het allereerst relevant dat dit ook uit de informatie van de behandelaars naar voren komt. Deze vraag komt ook aan de orde in de Toelichting op het formulier ‘bewijs omtrent medische situatie vreemdeling’. Vervolgens is van belang dat de mantelzorg van dusdanige aard is dat deze nodig is voor het slagen van de medische behandeling en bij uitblijven van de behandeling een medische nood situatie ontstaat. Er moet sprake zijn van medisch noodzakelijke mantelzorg. Dit volgt ook uit jurisprudentie van de ABRvS van 2 mei 2017.⁵³ In deze uitspraak oordeelde de ABRvS dat, nu de suïcidepogingen zijn gerelateerd aan onder meer de inname van medicijnen en in dit verband de belangrijke beschermende rol van de buurman uitdrukkelijk is vermeld, de rechtbank niet heeft onderkend dat niet inzichtelijk is waarom in het BMA-advies is geconcludeerd dat de door de buurman verleende mantelzorg geen mantelzorg is die noodzakelijk is voor het welslagen van de medische behandeling. Daarbij wordt in aanmerking genomen dat door de behandelaars is vermeld dat de buurman de medicatie van de vreemdeling beheert, hetgeen ter zitting bij de rechtbank door de buurman is bevestigd en toegelicht en door de staatssecretaris niet is weersproken.

Indien BMA in het advies vaststelt dat sprake is van medisch noodzakelijke mantelzorg, dan moet de IND hier iets mee doen. De bewijslast ligt echter bij de vreemdeling om aan te tonen dat deze mantelzorg niet door familie in het land van herkomst van worden verleend. Los van de vraag in hoeverre de familie feitelijk in staat is deze mantelzorg op zich te nemen, is eveneens relevant dat de vraag wat de omvang van de mantelzorg is. Indien er sprake is van 24-uurs zorg, dan kan deze zorg niet door één persoon worden verleend. In de uitspraak van 6 april

48 Het Regionaal Tucht College in Den Haag oordeelde in een uitspraak van 27 mei 2014 (2013-152a ECLI:NL:TGZRSGR:2014:57) dat het BMA zich altijd rekenschap moet geven van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag.

49 ABRS 6 december 2016, 201604859/1, www.raadvanstate.nl.

50 Comparative Research on the State Practices on the Accessibility of Medical Treatment and/or Medication in Countries of Origin ICMPD, februari 2015, www.overheid.nl.

51 Zie ook de brief van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 11-04-2017, TK19637,2312, over de betekenis van deze uitspraak, migratieweb ve17000778.

52 Zie in dit kader de uitspraak van het CTG van 13 februari 2014 (ECLI:NL:TGZCTG:2014:60) en de uitspraak van de ABRS van 1 mei 2017, 201605395/1, www.raadvanstate.nl.

53 ABRS 2 mei 2017, 201607981/1, www.raadvanstate.nl.

2016⁵⁴ oordeelt de ABRS na eerst nader aandacht te hebben besteed aan het begrip mantelzorg in het beleid, dat de in het land van herkomst van een vreemdeling aanwezige mantelzorg toereikend moet zijn. Ten onrechte stelt de staatssecretaris zich op het standpunt dat, in het geval dat is aangetoond dat een vreemdeling hier te lande medisch noodzakelijke mantelzorg nodig heeft van meer dan één gezins- of familielid, hij niet hoeft te onderzoeken of in het land van herkomst mantelzorg door één familielid toereikend is. Daarbij is volgens de ABRS relevant dat het onzeker is of de in het land van herkomst aanwezige mantelzorger en de desbetreffende vreemdeling de benodigde mantelzorg aldaar zullen kunnen organiseren. Daaraan doet niet af dat, behalve gezins- en familieleden, ook eventuele anderen, zoals burens en vrienden en de kerk, daarbij kunnen worden betrokken, aangezien dit een onzekere factor is. Hetzelfde geldt voor het standpunt van de staatssecretaris dat de zorg kan worden verleend door thuiszorginstellingen en verzorgingstehuizen. Nu de staatssecretaris de door de huisarts van de vreemdeling vastgestelde noodzakelijke omvang van de aan haar verleende mantelzorg niet betwist, impliceert dit dat die omvang voldoende objectief kan worden vastgesteld. De rechtbank heeft aldus terecht overwogen dat uit het beleid niet volgt dat dit alleen ziet op de beoordeling of mantelzorg noodzakelijk is, maar dat het beleid ook ziet op de vraag hoeveel mantelzorg noodzakelijk is.

Het standpunt van de staatssecretaris in voormelde uitspraak dat de zorg ook door anderen dan familie kan worden verleend, lijkt niet in lijn met hetgeen daarover in het beleid is opgenomen. Verder kan het ook voorkomen dat BMA vaststelt dat sprake is van medisch noodzakelijke mantelzorg en deze door iemand anders dan een familielid wordt verleend (zoals ook het geval was in voornoemde uitspraak van 2 mei 2017). Op deze situatie wordt evenmin in het beleid geanticipeerd. Er dient steeds naar de individuele feiten en omstandigheden gekeken te worden en indien nodig onder verwijzing naar artikel 4.84 Awb te worden bezien of vasthouden aan het beleid van onevenredige hardheid zou getuigen. Daarbij zullen alle door de vreemdeling aangevoerde omstandigheden in de beoordeling moeten worden betrokken.⁵⁵

6.3 Veilige behandelomgeving

In de afgelopen jaren is een aanzienlijke hoeveelheid jurisprudentie ontstaan over de vraag in hoeverre voor een vreemdeling met psychische klachten een veilige behandelomgeving in het land van herkomst noodzakelijk en beschikbaar is. Daarbij heeft de ABRS zich de jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) eigen gemaakt. In een recente uitspraak⁵⁶ zet de Afdeling het beoordelingskader nog eens uiteen door te overwegen:

Bij uitspraak van 20 december 2011, ECLI:NL:RVS:2011:BU9578, heeft de Afdeling overwogen dat uit de jurisprudentie van het CTG volgt (o.m. de beslissing van 27 april 2010, ECLI:NL:TZGCTG:2010:YG0250, en de beslissing van 15 maart 2011, ECLI:NL:TZGCTG:2011:YG1004) dat het BMA bij het uitbrengen van een advies aan de staatssecretaris over de medische situatie van een vreemdeling, indien en voor zover de door een behandelaar van de desbetreffende vreemdeling verstrekte informatie daartoe aanleiding geeft, dient te beoordelen of die informatie, mede gezien de hem reeds uit het dossier bekende gegevens over de medische situatie

van die vreemdeling, aanleiding geeft tot gerede twijfel over de effectiviteit van de in het algemeen verkrijgbare medische behandeling of te leveren zorg in het land van herkomst dan wel het land waarnaar de vreemdeling wordt verwijderd, met name gelet op de aard van het trauma en de omstandigheden waaronder dat is veroorzaakt, althans gelet op die omstandigheden waarover het BMA kan worden geacht zich uit te laten. Daarbij dient het BMA, voor zover nader onderzoek niet mogelijk is, in zijn advies dan wel nota in ieder geval melding te maken van die gerede twijfel.⁵⁷

Het BMA stelt zich blijkens het BMA-protocol (onder verwijzing naar jurisprudentie van het CTG) op het standpunt dat een gevoel van (on)veiligheid subjectief is, en medisch gezien niet objectiveerbaar, en dat het voor een BMA-arts niet mogelijk is om een medisch gefundeerde uitspraak te doen over de vraag of een vreemdeling de behandelomgeving in het land van herkomst als veilig zal ervaren. De staatssecretaris handelt niet onzorgvuldig indien hij beslist op basis van een BMA-advies waarin het BMA naar aanleiding van informatie van de behandelaar een reactie is gegeven conform het standpunt in het protocol, tenzij de behandelaar nader heeft geconcretiseerd hoe de in het verleden voorgedane gebeurtenissen thans een effectieve voortzetting van de behandeling van de klachten van de vreemdeling in het gehele land van herkomst onmogelijk maken. Als de behandelaar zijn conclusie heeft toegespitst op de aard en het ontstaan van de psychische klachten van de vreemdeling en de daarop betrekking hebbende specifieke omstandigheden, dan moet de staatssecretaris BMA om een nadere reactie vragen.⁵⁷

Deze cryptische formulering van de Afdeling zorgt voor veel onduidelijkheid, zo blijkt uit de jurisprudentie van rechtbanken in de afgelopen jaren. Immers, wanneer is sprake van een voldoende op de aard en het ontstaan van de klachten psychische klachten toegespitste conclusie? Waarom voldeed de brief van de behandelaar in de zaak die leidde tot de uitspraak van ABRS 4 november 2015⁵⁸ wel aan de criteria van de Afdeling en die in de uitspraak van 6 juni 2016⁵⁹ niet? Het zou goed zijn als de Afdeling hierover meer duidelijkheid zou verschaffen. Het CTG geeft tot op heden evenmin een goed houvast over de wijze van concretiseren. Zo oordeelt het CTG in een uitspraak van 27 januari 2015⁶⁰ nogmaals dat het college zich realiseert dat de effectiviteit van een behandeling afhankelijk is van tal van factoren. Het college realiseert zich ook dat BMA omtrent diverse factoren geen (deugdelijk onderbouwde) uitspraak kan doen, alleen al omdat de arts omtrent die factoren onvoldoende kennis of deskundigheid bezit. Dat neemt echter niet weg dat het naar de stellige opvatting van het college tot de professionele verantwoordelijkheid van de arts behoort in de rapportage onder ogen te zien of er gerede twijfel kan bestaan over de effectiviteit van de behandeling in het land van herkomst. In deze zaak meende het college dat in lijn met de jurisprudentie geldt dat het enkele feit dat een trauma is opgelopen in het land van herkomst in zijn algemeenheid niet maakt dat alleen al daarom geen effectieve behandeling zou kunnen plaatsvinden in dat land. De effectiviteit van de behandeling is immers afhankelijk van tal van factoren waarvan een subjectief gevoel van (on)veiligheid er één is. Verweerder dient bij zijn beoordeling te blijven binnen het toetsingskader van de IND en binnen zijn competentiegebied als verzekeringsgeneeskundige. Dit betekent dat verweerder zich bij de beoordeling van een dossier

54 ABRS 6 april 2016, 201507716/1, JV 2016/140.

55 Zie ook ABRS 26 oktober 2016, 201507715/1, www.raadvanstate.nl.

56 ABRS 28 november 2016, 201605356/1/V3, www.raadvanstate.nl.

57 ABRS 4 november 2015, 201503752/1, JV 2015/349.

58 ABRS 4 november 2015, 201503752/1, JV 2015/349.

59 ABRS 6 juni 2016, 201509372/1, www.raadvanstate.nl.

60 CTG 25 januari 2015, c2014.028, ECLI:NL:TZGCTG:2015:42.

zal moeten baseren op (zoveel mogelijk) medisch objectievere informatie. Het is onvoldoende duidelijk op basis waarvan de traumabehandeling van de vreemdeling niet effectief in het land van herkomst zou kunnen plaatsvinden, althans waarom hierover twijfel zou moeten bestaan. De enkele, meer in het algemeen geformuleerde opmerkingen hierover van klagers behandelaars dat het belangrijk is voor het welslagen van de behandeling van een trauma dat deze plaatsvindt in een voor de patiënt bestaande veilige omgeving, zijn onvoldoende concreet en specifiek om voor verweerder aanleiding te geven tot twijfels over de effectiviteit van een behandeling, aldus het CTG.

Wanneer een behandelaar zich afvraagt of in het land van herkomst wel een effectieve behandeling kan plaatsvinden, zal de behandelaar puntsgewijs moeten aangeven welke gebeurtenissen die hebben geleid tot het trauma waarvoor de vreemdeling wordt behandeld, in de weg staan aan behandeling in het gehele land van herkomst. Hier gaat het vaak mis: artsen zijn geen juristen en artsen hebben daarom regelmatig moeite met het strikte toetsingskader waaraan BMA zich moet (en mag) houden. Het is opvallend dat de Afdeling tot op heden steeds voorbij is gegaan aan het betoog van de staatssecretaris dat in rechte vaststaat dat het trauma dat aan behandeling in het land van herkomst in de weg zou staan, ongeloofwaardig is bevonden.⁶¹

7. Vergewisplicht reisvoorwaarden

Kort na het verschijnen van het genoemde artikel in A&MR in 2010⁶² heeft de Afdeling de koers⁶³ voor wat betreft de vergewisplicht van de staatssecretaris ten aanzien van de door BMA geadviseerde reisvoorwaarden aangescherpt. De staatssecretaris mocht niet langer volstaan met de beoordeling of op voorhand onmogelijk werd geacht om aan de reisvoorwaarden te voldoen. In geval van een fysieke overdracht geldt thans dat de staatssecretaris reeds in het besluit de behandelaar of instelling concreet bij naam moet noemen en voorts moet de staatssecretaris in dat besluit toezeggen dat de vreemdeling niet zal worden uitgezet ingeval de fysieke overdracht niet kan worden geregeld.⁶⁴ Uiteraard dient de staatssecretaris zich ervan te vergewissen dat uit de brondocumenten blijkt aan welke instelling de vreemdeling moet worden overgedragen. Uit een uitspraak van 22 februari 2011⁶⁵ blijkt dat dit mis kan gaan als de vreemdeling voor verschillende klachten in afzonderlijke instellingen behandeld kan worden.

8. Medisch tuchtrecht

In deze kroniek is meerdere malen verwezen naar jurisprudentie van het CTG. In geval een vreemdeling meent dat de BMA-arts onzorgvuldig jegens hem of haar heeft gehandeld, dan bestaat de mogelijkheid om een klacht tegen de individuele arts in te dienen. De klacht wordt ingediend bij het Regionaal Tuchtcollege (RTG) voor de gezondheidszorg. Het komt regelmatig voor dat een door het RTG geprononceerde klacht in hoger beroep door het CTG alsnog ongegrond wordt verklaard. In het artikel in A&MR 2010-7 werd al aandacht besteed aan de eisen die aan een

medisch advies worden gesteld. Het college toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan, inhoudende dat wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot deze conclusies heeft kunnen komen.

De jurisprudentie van de tuchtrechter is de afgelopen jaren vrijwel ongewijzigd gebleven. Wel zijn de criteria waaraan het advies van een arts dient te voldoen in 2014 enigszins geherformuleerd.⁶⁶ Verder leek uit een uitspraak van 19 december 2013⁶⁷ te volgen dat het CTG een belangrijke koerswijziging had ingezet bij de beoordeling van de door de BMA-arts in acht te nemen zorgvuldigheid bij een verschil van inzicht met de behandelaar. Het CTG overwoog dat de arts indien met de behandelaars onderling geen consensus kon worden bereikt, een onafhankelijke derde deskundige bij de beoordeling moest betrekken. Het CTG legt in een uitspraak van 12 februari 2015⁶⁸ echter uit dat de uitspraak van 19 december 2013 zo moet worden opgevat dat daaruit volgt dat de arts goed moet motiveren waarom hij tot een andere conclusie komt dan de behandelaar. In de uitspraak van 8 maart 2016⁶⁹ komt het CTG tot een aanscherping van de zorgvuldigheidsnorm die voor de adviserende arts geldt. Bij de beoordeling of noodzakelijke medische behandeling in het land van herkomst beschikbaar is, mag de arts zich beperken tot gegevens van medisch-technische aard. De arts behoeft daarom niet in te gaan op verzoeken om aanvullende advisering toen er twijfels waren gerezen over de registratie van een medicijn. Dit betrof immers geen onderwerp van medisch-technische aard.

Deze jurisprudentie neemt uiteraard niet weg dat de staatssecretaris in de besluitvorming wel inzichtelijk moet maken dat de behandeling beschikbaar is. Inmiddels is uitgekristalliseerd dat als uitgangspunt heeft te gelden dat de BMA-arts de kennis en kunde bezit, althans geacht wordt te bezitten, om aan de hand van de beschikbare medische gegevens de hem of haar gestelde vragen van een deskundig antwoord te voorzien. Dat de BMA-arts in het voorliggende geval een opgeleid medisch adviseur is maar geen psychiater, vormt geen reden om van dit uitgangspunt af te wijken⁷⁰.

9. Slot

Een vreemdeling die een BMA-advies wil betwisten, zal kritisch moeten kijken of de staatssecretaris heeft voldaan aan de vergewisplicht. Daarnaast speelt de behandelaar regelmatig een belangrijke rol in discussies over de juistheid van een BMA-advies. Een punt van discussie blijft de vraag wanneer een contra-expertise door een onafhankelijk deskundige gewenst is. In veel gevallen heeft de vreemdeling echter geen geld voor deze contra-expertise. Wellicht dat de rechtsontwikkeling naar aanleiding van het arrest Korošec daar verandering in brengt. De mogelijkheden voor een ernstig zieke vreemdeling om de feitelijke toegankelijkheid tot de behandeling in het land van herkomst aan de orde te stellen, lijken ruimer te worden na het arrest inzake Paphshvili. Het is afwachten wat de consequenties zullen zijn van het nieuwe beleid en of dit nieuwe beleid de rechterlijke toets kan doorstaan.

61 ABR 6 juni 2016, 201509372/1 en ABR 3 april 2015, 201309591/1, www.raadvanstate.nl.

62 Marjon Peeters, 'Medisch advies in reguliere zaken', *A&MR* 2010-7, p. 334-341.

63 Vgl. ABR 7 september 2009, 200809022/1, www.raadvanstate.nl.

64 Vgl. ABR 1 december 2010, 201002688/1, *JV* 2011/72.

65 ABR 22 februari 2011, 201004254/1, *JV* 2011/158.

66 CTG 30 januari 2014, c2012.100, ECLI:NL:TGZCTG:2014:17, www.tuchtrecht.nl.

67 CTG 19 december 2013, c2013.082, ECLI:NL:TGZCTG:2013:164, www.tuchtrecht.nl.

68 CTG 12 februari 2015, c2014.194, *JV* 2015/104.

69 CTG 8 maart 2016, C2015.152, *JV* 2016/131.

70 Zie CTG 20 december 2012, C2011.348, ECLI: NL:TGZCTG:2012;YG2522, www.tuchtrecht.nl.