

Vergaderjaar 2009–2010

**30 846**

**Evaluatie Vreemdelingenwet 2000**

**Nr. 16**

## **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN JUSTITIE**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 7 december 2009

Op 17 december 2008 heeft uw Kamer de motie Spekman c.s. aangenomen (bijlage 1).<sup>1</sup> Met deze motie wordt de regering verzocht voor eind 2009 in ieder geval opvang te verlenen aan uitgeprocedeerde asielzoekers die een aanvraag om medische redenen hebben ingediend en recht hebben op verblijf in Nederland. Op 3 december 2009 is voorts een amendement op de Justitiebegroting ingediend door het lid Spekman (Kamerstuk 32 123 VI, nr. 69) in verband met de financiële dekking van de uitvoering van de motie. In deze brief geef ik aan op welke wijze de motie Spekman zal worden geïmplementeerd en reageer ik tevens op het ingediende amendement. De werkwijze is erop gericht om de doelgroep van de motie opvang te bieden, terwijl tegelijkertijd ongewenste neveneffecten zoals aanzuigende werking, toenames van procedures en oplopende kosten wordt tegengegaan. Om te bepalen of de werkwijze beheersbaar is zal de motie allereerst bij wijze van proef worden uitgevoerd met strakke monitoring.

### **Achtergrond**

Met het bestuursakkoord tussen het Rijk en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) van 25 mei 2007 is een solide basis gelegd voor een gemeenschappelijke en consistente uitvoering van de Vreemdelingenwet 2000, inclusief het terugkeerbeleid. Hierbij is afgesproken dat de gemeenten de bestaande noodopvang zouden opheffen, terwijl het Rijk een aantal verbeteringen in (de uitvoering van) het vreemdelingenbeleid zou uitvoeren. Het Rijk en de VNG hebben afgesproken om de achterstanden zoals bij de oude Vreemdelingenwet bestonden niet meer te laten ontstaan. Het daadwerkelijk vertrek uit Nederland van vreemdelingen die geen recht meer hebben om in Nederland te verblijven wordt bevorderd. Ook zullen er verbeteringen in de asielprocedure worden aangebracht (inwerkingtreding midden 2010), die de asielprocedure sneller en zorgvuldiger maken en waarmee herhaalde aanvragen zullen worden tegengegaan. Met de regeling ter afwikkeling van de nalatenschap van de oude vreemdelingenwet (de «pardonregeling») is een einde gemaakt aan de

<sup>1</sup> Bijlage 1 is de motie 30 846, nr. 4 en is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

situatie van (ex-) asielzoekers die reeds onder de oude vreemdelingenwet een asielaanvraag hadden ingediend en nog altijd in Nederland verbleven.

Tegelijkertijd stelt het akkoord dat er bij de uitvoering van het terugkeerbeleid aandacht zal zijn voor het probleem van uitprocedeerde asielzoekers die op grond van een reguliere vervolgprocedure rechtmatig in Nederland verblijven zonder recht op opvang. Afgesproken is dat gepoogd wordt er alles aan te doen om deze situaties tot een minimum te beperken. Dit probleem geldt vooral voor uitprocedeerde asielzoekers die op medische gronden een reguliere vervolgaanvraag indienen. Met de herziening van de asielprocedure zet het kabinet zich in om dit probleem zoveel mogelijk te beperken. De asielprocedure wordt zo aangepast dat daarin – nog meer dan nu al het geval is – bij de behandeling van de aanvraag aandacht is voor eventuele medische complicaties. In de brief aan uw Kamer van 7 oktober jl. is uiteen gezet hoe gewaarborgd wordt dat medische problematiek zo vroeg mogelijk in de asielprocedure aan de orde kan worden gesteld. Medische problematiek die aanleiding geeft tot vreemdelingrechtelijke consequenties zal tot en met het onherroepelijk worden van de asielbeslissing parallel aan de asielprocedure worden getoetst. Op deze manier moet waar mogelijk worden voorkomen dat het nodig is dat vreemdelingen na afwijzing van de asielaanvraag alsnog om medische redenen een reguliere aanvraag indienen. Door vooral te investeren aan de voorkant van het proces, kunnen de problemen na afloop van de asielprocedure zoveel mogelijk beperkt worden. Het is echter niet uit te sluiten dat ex-asielzoekers ná hun asielprocedure ziek worden of dat hun medische klachten pas ná hun asielprocedure aan het licht komen. Ook zijn herhaalde- en/of vervolgaanvragen niet uit te sluiten. Er zullen dus ook ná invoering van de nieuwe asielprocedure ex-asielzoekers zijn die een aanvraag doen op medische gronden en volgens de huidige systematiek géén recht op opvang hebben.

Uitgangspunt blijft dat een reguliere procedure in beginsel in het land van herkomst opgestart dient te worden middels het aanvragen van een machtiging tot voorlopig verblijf. Uitprocedeerde asielzoekers die een reguliere aanvraag indienen zijn feitelijk niet anders dan andere vreemdelingen die op reguliere gronden toegang tot Nederland willen, behalve dat zij door niet aan hun vertrekplicht te voldoen de overheid voor een fait accompli stellen. Tegelijkertijd is het gevoelde maatschappelijke probleem van zieke uitprocedeerde asielzoekers, met rechtmatig verblijf maar zonder opvang, serieus en belastend voor de gemeenten. Ook vanuit het oogpunt van de volksgezondheid zijn er redenen om een oplossing te vinden voor deze problematiek.

In de ex ante uitvoeringstoets (EAUT) ten behoeve van de nieuwe asielprocedure in het voorjaar van 2008, is onderzocht of er een beheersbare manier was waarop uitvoering kon worden gegeven aan de wens van de gemeenten om voor uitprocedeerde asielzoekers die een (reguliere) procedure hebben lopen op medische gronden, opvang te bieden. De conclusie was destijds dat dit niet mogelijk was, aangezien het niet mogelijk bleek een adequaat filter te creëren waarmee misbruik van deze mogelijkheid tot opvang te voorkomen was. Bij het algemeen overleg over de nieuwe asielprocedure op 17 december 2008, heeft uw Kamer vervolgens motie Spekman c.s. aangenomen.

#### **Motie Spekman c.s.**

De motie Spekman c.s. vraagt de regering voor eind 2009 in ieder geval opvang te verlenen aan uitprocedeerde asielzoekers die een aanvraag om medische redenen hebben ingediend en die aan bepaalde in de motie genoemde voorwaarden voldoen. In de motie wordt geconstateerd dat

gemeenten geconfronteerd worden met zieke uitgeprocedeerde asielzoekers die recht hebben op verblijf in Nederland gedurende hun medische procedure maar geen recht hebben op opvangvoorzieningen. Verder overweegt de Kamer dat in de beleidsbrief van 24 juni 2008 over een effectievere asielprocedure en een effectiever terugkeerbeleid is aangegeven dat geen opvangregeling kan worden getroffen voor de opvang van uitgeprocedeerde asielzoekers die een vervolgaanvraag hebben ingediend voor het ondergaan van medische behandeling omdat er geen goed en snel werkend filter mogelijk zou zijn waarmee kan worden bepaald of zo'n aanvraag kansloos of kansrijk is. De Kamer is in de motie van mening dat met overlegging aan de IND van een actueel en volledig medisch dossier en een toestemmingsverklaring van de vreemdeling een snel werkend filter wordt gecreëerd waarmee misbruik door het indienen van een medische vervolgaanvraag uitsluitend om opvang te verkrijgen, kan worden tegengegaan.

Op basis van de motie is een beleidskader en een werkwijze ontwikkeld waarmee uitvoering kan worden gegeven aan de motie. Vervolgens is in de zomer van 2009 een EAUT uitgevoerd naar de objectieve, technische toetsing van de praktische haalbaarheid en uitvoerbaarheid van de motie. Voor het uitvoeren van de EAUT is een breed samengestelde projectgroep in het leven geroepen met experts uit de verschillende IND-geledingen, de Directie Migratiebeleid (ministerie van Justitie), Dienst Terugkeer & Vertrek, het Centraal Opvangorgaan Asielzoekers, de VNG, Vluchtelingenwerk Nederland, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst en de Landelijke Huisartsen Vereniging. De Raad voor de Rechtspraak participeerde als toehoorder en is separaat gevraagd om advies uit te brengen. Voor de resultaten en conclusies van de EAUT verwijs ik u naar het EAUT-rapport (bijlage 4)<sup>1</sup>

### **Uitvoeringsvoorstel**

Op basis van de uitkomsten van de EAUT is een beleidsmatige en juridische analyse gemaakt. Op basis hiervan heb ik gekozen voor een wijze van uitvoering zoals beschreven in bijlage 2.<sup>2</sup> Tevens besluit ik bij de uitvoering van deze motie uit te gaan van een 28-dagen vertrektermijn en wordt opvang geboden gedurende bezwaar en beroep bij een toegewezen voorlopige voorziening- slechts dan is er immers sprake van rechtmatig verblijf.

In de EAUT is op basis van ervaringsgegevens van de afgelopen jaren gezien hoe groot de verwachte doelgroep is die zich zou kunnen melden voor opvang zoals bedoeld in deze motie. Ongetwijfeld zal er een matigend effect uitgaan van de verbeterde asielprocedure: zieke asielzoekers krijgen immers de gelegenheid hun medische problematiek al op vreemdelingrechtelijke consequenties te toetsen, parallel aan de asielprocedure. Niet uit te sluiten is echter dat asielzoekers ook ná hun asielprocedure nog ziek worden, dat hun medische klachten pas ná hun asielprocedure aan het licht komen, of dat zij een herhaalde aanvraag indienen. Dit effect is vooraf nauwelijks in te schatten. Het is óók niet in te schatten in hoeverre de uitvoering van de motie aanzuigende werking zal hebben op uitgeprocedeerde asielzoekers die een medische aanvraag indienen uitsluitend om opvang te verkrijgen, hoewel dit een risico is van uitvoering van de motie, zoals ook wordt toegelicht in de EAUT. Omdat zowel het matigende effect van de verbeterde asielprocedure als het risico van aanzuigende werking niet kwantificeerbaar zijn, wordt uitgegaan van de schatting van de doelgroep op basis van ervaringsgegevens in de EAUT. Hieruit bleek dat het naar schatting om ongeveer 1200 uitgeprocedeerde asielzoekers per jaar gaat. De huidige inwilligingspercentages leren dat momenteel rond een kwart van de procedures op medische gronden uiteindelijk (in eerste

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

<sup>2</sup> Bijlage 2 is bij deze brief afgedrukt.

aanleg, na bezwaar of na beroep) tot inwilliging leidt (in eerste instantie voor bepaalde tijd).

Cruciaal voor het beheersbaar uitvoeren van de motie is dat er een filter wordt gecreëerd waarmee misbruik door het indienen van een medische vervolgaanvraag uitsluitend om opvang te verkrijgen, wordt tegengegaan. De Kamer stelt in de motie van mening te zijn dat met overlegging van een actueel en volledig medisch dossier aan de IND en een toestemingsverklaring van de vreemdeling een snel werkend filter kan worden gecreëerd. Op basis van de uitkomsten van de EAUT moet worden geconcludeerd dat de filterfunctie die moet voorkomen dat personen die kansloze aanvragen indienen opvang krijgen, echter beperkt functioneert. Een nadere uitleg hierover treft u in bijlage 3.<sup>1</sup>

Bij een toename van aanvragen en belasting van de uitvoering met grote aantallen uitgeprocedeerde asielzoekers die een aanvraag op medische gronden doen, louter ten behoeve van opvang, zal de geringe werking van het filter zich extra doen voelen. Tegelijkertijd is het gevoelde maatschappelijke probleem van zieke uitgeprocedeerde asielzoekers, met rechtmatig verblijf maar zonder opvang, serieus en belastend voor de gemeenten. Ik wil daarom mijn uiterste best doen op succesvolle wijze uitvoering te geven aan de motie. Vanwege het risico op onbeheersbaarheid van aantallen en kosten (bijvoorbeeld door het oplopen van doorlooptijden, extra medische kosten en andere in de EAUT genoemde risico's) wil ik dit strikt monitoren. Indien de resultaten van deze monitoring daartoe aanleiding geven zal ik de verdere uitvoering van de motie heroverwegen.

De risico's die in de EAUT zijn benoemd zullen in ieder geval nauwlettend worden gevolgd in de proeffase van de uitvoering van de motie. Tevens kunnen de volgende indicatoren een signaal zijn om uitvoering van de motie opnieuw te bezien:

- Oplopende aantallen aanvragen in vergelijking met huidige ervaringsgegevens.
- Een significant lager inwilligingspercentage dan wij nu kennen.
- In combinatie met/als gevolg van het bovenstaande: oplopende behandeltermijn en werkvoorraden bij de IND, en met name BMA.
- Een oplopend aantal aangevraagde voorlopige voorzieningen.
- Een dalend aantal inwilligingen in bezwaar en beroep.

### **Kosten**

Op basis van bovenstaande werkwijze bedragen de kosten voor 2010 ongeveer 14,5 miljoen euro. In 2010 zal een testfase van 1 jaar worden uitgevoerd. Tijdens en na de testfase wordt op basis van doorlopende monitoring van de genoemde indicatoren bepaald of uitvoering van de motie gedurende en ook ná de testfase verantwoord is. Bij de Justitiebegroting zal in 2010 (voorjaarsnota) rekening gehouden worden met de kosten van dit experiment van 14,5 mln.

Conform het amendement van de heer Spekman wordt financiële dekking voor de uitvoering van de motie voor 2010 gevonden in het doorstarten van de Taskforce Huisvesting Statushouders. De Taskforce heeft in de jaren 2007–2009 (afwikkeling van de nalatenschap van de oude vreemdelingenwet) bewerkstelligd dat in korte tijd vrijwel de gehele doelgroep van de pardonregeling is gehuisvest. De nieuwe Taskforce heeft tot doel om het uitstroombepaling van statushouders in de centrale opvang bij het COA te versnellen, het huisvestingsproces bij de gemeenten aan te jagen en de rol van de toezichthouders te versterken. Gelet op de resultaten van de afgelopen twee jaren is het redelijk te verwachten dat de achterstanden op

---

<sup>1</sup> Bijlage 3 is bij deze brief afgedrukt.

de huisvestingsopdracht bij de gemeenten worden ingelopen, en de omvang van het aantal statushouders in de opvang substantieel zal teruglopen.

Ik acht het ook om inhoudelijke redenen zinvol om de financiële dekking voor de uitvoering van de motie Spekman te regelen middels versnelling van het uitstroomproces van statushouders uit de centrale opvang. In beiden zijn gemeenten immers belangrijke stakeholders. Gemeenten hebben belang bij een goede uitvoering van de motie Spekman. Financiering van de motie Spekman volgt uit de besparingen die volgen uit de versnelling van de huisvesting en het wegwerken van de oplopende voorraad vergunninghouders in de opvang. Hiervoor zijn gemeenten uiteindelijk, weliswaar met ondersteuning van de Taskforce, verantwoordelijk. Gezien het belang van gemeenten bij een goede uitvoering van de motie Spekman is het gerechtvaardigd de bekostiging ervan uit de versnelling van de huisvesting te laten plaatsvinden. Over de invulling van de door te starten Taskforce vindt nog overleg plaats tussen Rijk, Vereniging Nederlandse Gemeenten en Interprovinciaal Overleg (IPO).

De staatssecretaris van Justitie,  
N. Albayrak

## Bijlage 1

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende dat gemeenten geconfronteerd worden met zieke uitgeprocedeerde asielzoekers die recht hebben op verblijf in Nederland gedurende hun medische procedure maar geen recht hebben op opvangvoorzieningen;

overwegende dat in het bestuursakkoord van 25 mei 2007 is afgesproken deze situaties tot een minimum te beperken teneinde te voorkomen dat deze mensen op straat terecht komen en in de illegaliteit verdwijnen;

overwegende dat in de beleidsbrief van 24 juni 2008 betreffende een effectievere asielprocedure en een effectiever terugkeerbeleid is aangegeven dat voor de opvang van rechtmatig in Nederland verblijvende uitgeprocedeerde asielzoekers die een vervolgaanvraag hebben ingediend voor het ondergaan van een medische behandeling geen opvangregeling

kan worden getroffen omdat er geen goed en snel werkend filter mogelijk zou zijn waarmee kan worden bepaald of zo'n aanvraag kansloos of kansrijk is;

van mening dat met overlegging aan de IND van een actueel en volledig medisch dossier en een toestemmingsverklaring van de vreemdeling een snel werkend filter wordt gecreëerd waarmee misbruik door het indienen van een medische vervolgaanvraag uitsluitend om opvang te verkrijgen, kan worden tegengegaan;

verzoekt de regering voor eind 2009 in ieder geval opvang te verlenen aan uitgeprocedeerde asielzoekers die een aanvraag om medische redenen hebben ingediend en die aan bovengenoemde voorwaarden voldoen,

en gaat over tot de orde van de dag,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**:

Deze motie is voorgesteld door de leden Spekman, Van de Camp en Anker. Naar mij blijkt, wordt de indiening ervan voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 4 (30 846).

## Voorgestelde werkwijze

De werkwijze zoals getoetst in de EAUT komt neer op het volgende:

1. De vreemdeling neemt contact op met de IND. Zowel op initiatief van de vreemdeling als van de IND-medewerker zal worden nagegaan of de vreemdeling onder de doelgroep van de motie Spekman valt.
2. De vreemdeling wordt geïnformeerd over welke stukken hij moet overleggen, vult enkele verklaringen in en geeft dit pakket aan zijn medisch behandelaar. Bij het pakket zit een vragenbrief van het BMA aan de behandelaar en een lege enveloppe waarin de behandelaar de relevante medische gegevens kan doen waarna de enveloppe gesloten wordt ter bescherming van de medische gegevens van de vreemdeling. Dit hele pakket wordt door de behandelaar/vreemdeling in een meegeleverde, gefrankeerde enveloppe verzonden aan de IND.
3. De IND beoordeelt of de ontvangen stukken (behoudens het medisch dossier) compleet en ingevuld zijn. Met betrekking tot de medische gegevens betekent dit slechts dat de IND beoordeelt of er een gesloten enveloppe van de behandelaar aanwezig is. Als dat het geval is wordt een afspraak gemaakt met de vreemdeling om zich ongeveer twee weken later te melden aan het loket om zijn aanvraag formeel in te dienen. Bij onvolledigheid wordt de vreemdeling de keus voorgelegd ofwel het verzuim te herstellen ofwel een aanvraag medisch in te dienen, waarbij dan geen recht op opvang geldt.
4. De IND stuurt de stukken door naar BMA, inclusief de gesloten enveloppe die de medische gegevens van de vreemdeling bevat.
5. BMA beoordeelt of de relevante medische gegevens compleet zijn:
  - Indien compleet, start BMA het adviestraject;
  - Indien niet compleet licht BMA de IND hierover in. Een advies blijft uit. De vreemdeling heeft dan weer de keus: ofwel een nieuwe afspraak maken wanneer de relevante medische stukken zijn gecompleteerd, ofwel een aanvraag medisch indienen, waarbij dan geen recht op opvang geldt.
6. De aanvraag wordt formeel ingediend aan het loket (in beginsel 2 weken na stap 4).
7. Bij het formeel indienen zijn er verschillende situaties mogelijk:
  - Ofwel het BMA-advies is gereed en de IND kan direct beslissen (in positieve dan wel negatieve zin);
  - Ofwel het advies is niet gereed, terwijl de vreemdeling alle benodigde gegevens heeft aangeleverd: artikel 64 Vw wordt – in afwachting van een beslissing – (analoog) toegepast, op basis waarvan de vreemdeling rechtmatig verblijf en recht op opvang krijgt;
  - Ofwel het BMA heeft het advies niet in behandeling genomen omdat relevante medische gegevens ontbreken. De vreemdeling kan dan ofwel het dossier alsnog (laten) completeren en een nieuwe afspraak maken ofwel een reguliere aanvraag indienen, waarbij dan geen recht op opvang geldt.

Voor diegenen voor wie het BMA-advies nog niet gereed is volgt opvang, in afwachting van een beslissing van de IND. Hierop volgt ofwel inwilliging, ofwel afwijzing en een vertrektermijn en uiteindelijk beëindiging van de opvang. Bij inwilliging van een verzoek om uitstel van vertrek op grond van artikel 64 Vw volgt uitstel van vertrek voor maximaal een jaar, en bij inwilliging van een aanvraag om een verblijfsvergunning regulier voor

bepaalde tijd op medische gronden toekenning van een vergunning en uitplaatsing. Zoals in de brief van 7 oktober jl. aan uw Kamer is toegezegd, wordt in de toekomst in geval van verblijf op medische gronden altijd begonnen met maximaal een jaar uitstel van vertrek op basis van artikel 64 Vw, en pas na minimaal een jaar wordt overgegaan tot een bestendiger verblijfsrecht op basis van een vergunning voor bepaalde tijd op medische gronden.



**Filterfunctie**

Onderzocht is in de EAUT of, voor de noodzakelijke snelle werking van het filter, het Bureau Medische Advisering van de IND, idealiter direct na het indienen van de aanvraag het «kaf van het koren» kan scheiden, zodat enkel vreemdelingen met een kansrijke zaak worden toegelaten in de opvang gedurende de looptijd van de aanvraag. Het onderscheid kansrijk of kansarm is echter géén medisch objectieveerbare toets en is dus niet uitvoerbaar voor het BMA. Het BMA beoordeelt namelijk niet of een zaak kansrijk of kansarm is, maar beantwoordt op een objectieve wijze de door de IND gestelde vragen met betrekking tot de gezondheidssituatie van de vreemdeling en de aanwezigheid van behandeling in het land van herkomst. Het BMA kan in de genoemde termijn van twee weken (tussen indiening van het medisch dossier en de formele indiening van de aanvraag aan het loket) in beginsel slechts de compleetheid van het dossier beoordelen. Het BMA zal er in een aantal gevallen in slagen binnen twee weken ook daadwerkelijk het gevraagde advies uit te brengen. De verwachting is evenwel dat dit aantal niet substantieel zal zijn. Dit impliceert dat de meeste vreemdelingen die een compleet medisch dossier overleggen aanspraak zullen maken op opvang, ongeacht de ernst van hun medische situatie en ongeacht de kans dat hun aanvraag tot verlening van een verblijfsvergunning leidt. Het filter zal het beoogde doel, namelijk onderscheid maken tussen kansrijke en kansarme zaken zodat enkel kansrijke zaken worden toegelaten tot de opvang, niet kunnen realiseren. Dat de vreemdeling op basis van het aanleveren van relevante medische stukken aanspraak kan maken op opvang, nog los van de medische situatie, duidt op een grofmazig karakter van het filter.

Het is niet wenselijk om de medische adviezen in het kader van de uitvoering van deze motie door andere artsen dan door het Bureau Medische Advisering te laten uitvoeren; als verschillende instanties medische adviezen in het kader van dezelfde vreemdelingrechtelijke procedure geven zou dit immers kunnen leiden tot rechtsongelijkheid en procedures. Het is tevens onwenselijk om de vraag in het filter een andere te laten zijn dan de uiteindelijke medische advisering, zoals bijvoorbeeld het geval zou zijn als je het filter laat functioneren op basis van een criterium zoals «ernst van de aandoening». Het onderscheid tussen de rol van artsen die verantwoordelijk zijn voor de behandeling (curatief) en die van artsen die verantwoordelijk zijn voor advisering ten behoeve van een vreemdelingrechtelijke beslissing is hier van belang. Deze rollen dienen, vanwege de vertrouwensband tussen een behandelend arts en zijn patiënt en omwille van objectiviteit van de medisch adviseur, gescheiden te blijven. Ook inhoudelijk zijn hier goede redenen voor. Een behandelend arts kan wellicht vrij snel iets zeggen over ernst van een aandoening, en zal per definitie vinden dat opvang nodig is als er sprake is van medische problematiek. Dit zegt echter nog niets over de kansrijkheid van een aanvraag. Die wordt immers bepaald door de combinatie van ernst van de problematiek en de behandelmogelijkheden in het land van herkomst, zaken waar een behandelend arts over het algemeen geen kennis van heeft. Een filter dat bijvoorbeeld werkt op basis van de ernst van de aandoening zal dus mensen tot de opvang toelaten van wie de aanvraag kansloos is, en mensen mogelijk van opvang uitsluiten die een kansrijke aanvraag indienen.