

Vergaderjaar 2003–2004

**19 637**

**Vluchtelingenbeleid**

**Nr. 806**

**BRIEF VAN DE MINISTER VOOR VREEMDELINGENZAKEN EN INTEGRATIE**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 maart 2004

Hierbij bied ik u, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aan het rapport van de Landelijke commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (commissie Smeets)<sup>1</sup>.

Naar aanleiding van berichten in de pers omtrent de voorgenomen uitzetting van een HIV geïnfekteerde Somalische asielzoekster werden begin 2000 Kamervragen gesteld aan de toenmalige Staatssecretaris van Justitie, mevrouw Kalsbeek, (TK 688, 689, 710, vergaderjaar 1999–2000) en aan de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Borst (TK 40, 25, vergaderjaar 1999–2000).

Uit overleg tussen genoemde bewindslieden kwam naar voren dat het nodig was om onderzoek te doen naar een breder terrein dan alleen asielzoekers met een HIV-infectie. Daarop is in mei 2001 besloten om een onafhankelijke Commissie in te stellen met als opdracht het verrichten van een onderzoek naar de invloed van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen naar Nederland. De commissie diende na te gaan 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.

In de bij deze brief gevoegde notitie wordt de reactie op het rapport van de Commissie weergegeven.

De Minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie,  
M. C. F. Verdonk

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

# **Reactie op het rapport van de Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid**

## **Inleiding**

De landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid (hierna: de Commissie) is in overeenstemming met het daartoe opgestelde instellingsbesluit in mei 2001 gestart met haar onderzoek. Conform dit Instellingsbesluit had de Commissie uiterlijk in mei 2002 klaar moeten zijn met het onderzoek. Zij is helaas daarin niet geslaagd. Deze vertraging is, gezien de vele veranderingen en ontwikkelingen die zich inmiddels binnen het vreemdelingenbeleid, het functioneren van de medische advisering en de gezondheidszorg in Nederland hebben voorgedaan, niet zonder gevolgen gebeven. Dit heeft dan ook ertoe geleid dat het rapport van de Commissie niet meer op alle onderdelen in de lijn is met nieuwe relevante wet- en regelgeving alsmede met de stand van de jurisprudentie. Dit heeft gevolgen voor de mogelijkheid om de conclusies en aanbevelingen uit het rapport van de Commissie te implementeren als toetsbare rechtsregels.

## **Reactie op de inhoud van het rapport**

Mede gelet op hetgeen hierboven is opgemerkt, luidt het standpunt met betrekking tot het rapport van de Commissie als volgt. In zijn algemeenheid beschouwt het Kabinet dit rapport als een nuttige bijdrage aan de discussie. De in dit rapport gemaakte analyse is op sommige onderdelen bondig en helder. Het Kabinet kan zich vinden in een aantal conclusies, zoals die in het rapport van de Commissie zijn geformuleerd. Niettemin kan het Kabinet zich niet verenigen met enkele andere conclusies uit dit rapport, alsmede met de daaruit voortvloeiende aanbevelingen. Hieronder zullen de aanbevelingen van de Commissie afzonderlijk worden besproken. Daarbij zal, met redenen omkleed, worden aangegeven welke van deze aanbevelingen naar het oordeel van het Kabinet navolging verdienen en welke niet. Het Kabinet acht het van belang om al hier op te merken dat bij de beoordeling van de aanbevelingen steeds zal meewegen de vraag of de door de Commissie gedane aanbevelingen ook in beleidsmatig, organisatorisch, uitvoeringstechnisch en financieel opzicht uitvoerbaar zijn. Voorts dient te worden opgemerkt dat het Kabinet zich ervan bewust is dat het vreemdelingenbeleid in Nederland in sommige gevallen nauw verbonden is met het beleid rondom de gezondheidszorg. Desalniettemin moet wel voor ogen worden gehouden dat de medische invalshoek niet bij uitsluiting de richting van het vreemdelingenbeleid kan bepalen.

### **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 tenminste 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).*

Het Kabinet zal deze aanbeveling niet op alle punten overnemen. De huidige beslispraktijk heeft als uitgangspunt een zorgvuldige beoordeling van aanvragen op basis van de individuele omstandigheden van de vreemdeling, die al dan niet medische gronden heeft aangevoerd. Ook in de asielprocedure worden thans de eventuele medische gronden, gelet op de bepaling van artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (hierna EVRM), betrokken bij de vraag naar de verwijdering van asielzoekers naar hun herkomstland. Dit is het gevolg geweest van uitspraken van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna EHRM) en recente uitspraken van de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State. In de uitspraken van de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State werd aangegeven, dat – als verwijdering vanwege de gezondheidstoestand van de vreemdeling een schending zou betekenen van artikel 3 EVRM – de vreemdeling in aanmerking kan komen voor een verblijfsvergunning asiel, ook al is de gezondheidstoestand strikt genomen niet gerelateerd aan asielgronden, zoals vrees voor vervolging. Afgezien van de toelating op medische gronden bij een dreigende schending van artikel 3 EVRM, spelen medische gronden in beginsel geen rol in de asielprocedure. Dit laatste zal bij aanbevelingen 3 en 6 nader worden toegelicht.

De Commissie somt bij deze aanbeveling een reeks van medische factoren op. Hierbij dient te worden opgemerkt dat een belangrijk deel van deze medische factoren bij de oordeelsvorming en de advisering door de artsen van het Bureau Medische Advisering (hierna BMA) ook al nu aan de orde komt zoals:

- 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 (waaronder medische zorg en medicijnen);
- de mogelijkheid van een medische behandeling in het land van herkomst.

De vraag naar de feitelijke toegankelijkheid van de medische zorg voor de betrokken vreemdeling is in feite geen medische vraag die door de artsen van het BMA beantwoord kan worden, aangezien de beantwoording van deze vraag mede zal afhangen van niet-medische factoren zoals inkomen, infrastructuur, politieke omstandigheden, enzovoort. Dit laatste zal bij aanbeveling 10 nader worden toegelicht. Het Kabinet kiest er in tegenstelling tot de Commissie nadrukkelijk voor, om de feitelijke toegankelijkheid van de benodigde zorg niet mee te wegen bij de beoordeling van aanvragen tot het verlenen van een verblijfsvergunning op medische gronden. Een dergelijke individuele toets is niet alleen vaak vanuit Nederland niet goed mogelijk, maar zou ook leiden tot andere onrechtvaardigheden. Immers, waar het gaat om financiële redenen die in de weg zouden kunnen staan aan de toegang tot de benodigde behandeling, geldt dat de betrokken vreemdeling op dat punt in de regel niet zal verschillen van zeer vele van zijn landgenoten.

Een andere medische factor die de Commissie bij deze aanbeveling noemt, is de oorzaak en het moment van ontstaan van de ziekte en de ontstaanscontext. Hierbij dient te worden opgemerkt dat vanuit een medi-

sche invalshoek bezien in beginsel geen zekere uitspraken gedaan kunnen worden over causale verbanden tussen medische aandoeningen en beweerde gebeurtenissen. Over het algemeen kan ook geen sluitend medisch oordeel gegeven worden over het tijdvak, waarin de medische aandoeningen zich hebben voorgedaan. Dit laatste zal bij aanbeveling 6 nader worden toegelicht.

De factor «de duur van het verblijf» is volgens de Commissie met name van belang in verband met de geworteldheid van de vreemdeling in Nederland. Hierbij laat de Commissie na om te verduidelijken wat het verschil is in de mate van geworteldheid tussen de vreemdeling die in afwachting is van een verblijfsvergunning dan wel die reeds in het bezit is van een verblijfsvergunning en een vreemdeling die illegaal in Nederland verblijft. De vraag is hierbij hoe dit beoordeeld kan worden door de artsen van het BMA. Dit is immers geen medisch aspect en kan derhalve niet als vraagstelling aan het BMA worden voorgelegd. De Commissie geeft hiervoor ook geen aanwijzingen. De beoordeling van het belang van dit onderscheid zal aan de beslismedewerker van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (hierna IND) overgelaten moeten worden.

Als nadere motivering wordt nog het volgende opgemerkt. De IND werkt thans, in tegenstelling tot de aanbeveling van de Commissie, met een generieke beleidsregel. De aanbeveling van de Commissie is zeer strikt gericht op de individuele benadering. Deze benadering heeft tot risico dat de rechtseenheid en rechtsgelijkheid onder druk komen te staan. Daarentegen bieden de generieke beleidsregels aan de burgers de mogelijkheid om zich daarop te beroepen. Het handelen van het bestuursorgaan wordt als gevolg van het hanteren van de generieke beleidsregels voor de burgers voorspelbaarder. Het toepassen van de generieke beleidsregels heeft tevens als voordeel dat indien zich bijzondere omstandigheden voordoen, er dan met in achtneming van artikel 4:84 Algemene wet bestuursrecht (inherente afwijkingsbevoegdheid) kan worden afgeweken van het beleid. Aan de individuele aspecten van verblijfsaanvragen kan dus ook met generieke beleidsregels voldoende recht worden gedaan. Tot slot dient te worden opgemerkt dat het toepassen van de generieke beleidsregels ertoe bijdraagt dat de behoorlijkheid van beslissingen van het bestuursorgaan beter toetsbaar wordt voor de rechters, de Nationale ombudsman en de volksvertegenwoordiging.

#### **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 asielprocedure, de omstandigheden in detentie of de opvangsituatie.*

Aan deze aanbeveling kleven naar het oordeel van het Kabinet enkele praktische bezwaren, die de implementatie hiervan in de praktijk nagenoeg onmogelijk maken. Derhalve zal het Kabinet, gelet op de hierna te melden gronden, deze aanbeveling niet overnemen. Indien de medische problemen van een zieke vreemdeling zijn ontstaan door of onder verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid, dan is het verdedigbaar dat aan die vreemdeling van overheidswege een medische behandeling wordt geboden en dat hij gedurende de behandeling niet wordt uitgezet. Het probleem hierbij is echter dat het, behoudens de zeer uitzonderlijke gevallen, onmogelijk is om medisch vast te stellen of het overheidshandelen de (enige) oorzaak is voor het ontstaan van de medische problemen van een vreemdeling. De Commissie geeft in haar rapport geen handreiking hiertoe. Bovendien kan de vraag worden gesteld

hoe betrouwbaar een toets, zoals hier bedoeld, is; vooral als het gaat om de psychische klachten van vreemdelingen. Voor stressgerelateerde ziektebeelden, ontstaan door de spanningen die de asielprocedure oproept, geldt dat vele andere factoren in dit verband een rol kunnen spelen. Hierbij valt onder meer te denken aan de culturele achtergrond, problemen met ontworteling en acculturatie, de situatie in het thuisland, geweldservaringen in het thuisland, slechte ervaringen met mensensmokkelaars, enzovoort. Al deze factoren kunnen gedurende de asielprocedure bij de vreemdelingen spanningen oproepen. Verder merkt het Kabinet in dit verband op dat in de afgelopen periode vele inspanningen zijn verricht om de asielprocedure in aanzienlijke mate te verkorten, teneinde de asielzoekers zo kort mogelijk in onzekerheid te laten. De inwerkingtreding van de Vreemdelingenwet 2000 (hierna Vw 2000) is in dit geval een duidelijk voorbeeld. Ten aanzien van de omstandigheden in de opvangcentra dient te worden opgemerkt dat deze voldoen aan de Europese en internationale eisen. Voor de omstandigheden in detentie geldt hetzelfde. De toelichting die de Commissie bij deze aanbeveling geeft, roept de vraag op of de Commissie hiermee beoogt dat elke asielzoeker een medische keuring moet ondergaan bij aanvang van de asielprocedure. Dat kan toch niet de bedoeling zijn, zeker niet nu de Commissie een verplichte screening op HIV afwijst. Indien dit inderdaad de intentie van de Commissie is, rijst de vraag wat dat betekent aan belasting voor het medische apparaat en de vreemdeling zelf.

**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 vluchtelingschap maar ook om andere reden aanleiding vormen voor verblijfsverlening of niet-uitzetting. De commissie adviseert de ministers in deze gevallen een verblijfsvergunning te verlenen.*

Het Kabinet zal deze aanbeveling overnemen. Indien een asielzoeker aannemelijk maakt dat hij bij uitzetting naar het herkomstland op grond van zijn ras, religie, politieke overtuiging of op een andere grond, discriminatoire uitsluiting van medische zorg te duchten heeft, waardoor voor hem ernstige medische consequenties ontstaan, dan zal hij krachtens artikel 29 lid 1 onder a Vw 2000 in aanmerking komen voor een verblijfsvergunning asiel. Indien de vreemdeling dit niet aannemelijk kan maken, bestaat voor hem nog de mogelijkheid om alsnog in aanmerking te komen voor een verblijfsvergunning asiel op grond van artikel 29 lid 1 onder b Vw 2000.

De aanbeveling van de Commissie komt overigens overeen met de reeds bestaande uitvoeringspraktijk. Het gaat hier voor alle duidelijkheid niet om de vraag naar de mate van feitelijke toegankelijkheid en beschikbaar van de medische zorg in het herkomstland. Evenmin gaat het hierbij om de vraag of de betrokken vreemdeling financieel gezien in staat is om de medische zorg in zijn thuisland te betalen.

**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 te verlenen.*

Het Kabinet zal deze aanbeveling overnemen, met dien verstande dat de toekenning van een verblijfsvergunning niet in alle gevallen als enige optie beschouwd kan worden.

Artikel 3 EVRM noopt de lidstaten niet tot toelating van asielzoekers, maar bevat een verbod op uitzetting, indien in het individuele geval bij terugkeer een reëel risico bestaat op een onmenselijke behandeling in de zin van artikel 3 EVRM. Deze aanbeveling van de Commissie wordt versterkt door de uitspraken van het EHRM en de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State, die begin 2003 zijn gedaan. In navolging van de vorenbedoelde rechterlijke uitspraken wordt thans gewerkt aan een nieuw beleid om daarmee tegemoet te komen aan de betreffende rechterlijke uitspraken, alsmede aan deze aanbeveling.

Hierbij dient nog te worden opgemerkt dat deze aanbeveling navolging verdient behoudens de woorden «als enige optie.» In bijzondere gevallen kan namelijk aanleiding bestaan om aan een vreemdeling geen verblijfsvergunning te verlenen, ook al zou verwijdering naar het land van herkomst een schending betekenen van artikel 3 EVRM. Daarbij kan het gaan om vreemdelingen ten aanzien van wie ernstige redenen zijn om te veronderstellen dat zij zich bijvoorbeeld schuldig hebben gemaakt aan (oorlogs)misdrijven, aan misdrijven tegen de menselijkheid of aan terrorisme. In dergelijke gevallen wordt – hoewel geen verblijfsvergunning wordt verleend – de vreemdeling evenmin uitgezet naar het herkomstland.

Deze beleidslijn is bevestigd door zowel de Rechtseenheidkamer (in de zaak van een Filipijnse leider van een terroristische organisatie) als door de Raad van State.

#### **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 Kabinet is van oordeel dat er thans, gezien de inhoud en de strekking van artikel 64 Vw 2000, geen behoefte dan wel aanleiding bestaat tot het implementeren van deze aanbeveling. Derhalve zal het Kabinet deze aanbeveling niet overnemen. Hiertoe wordt als volgt overwogen. Bij de toetsing van de aanvragen van vreemdelingen om uitzetting tijdelijk achterwege te laten in verband met medische gronden zijn in de wet- en regelgeving enkele mogelijkheden gecreëerd, teneinde op een deugdelijke wijze op de hiervoor bedoelde aanvragen te kunnen beslissen. Hierbij is reeds een duidelijk onderscheid gemaakt tussen de gevallen van artikel 64 Vw 2000 en andere medisch gerelateerde aanvragen, waaronder de medische noodsituatie. Bij de toetsing aan artikel 64 Vw 2000 wordt, in tegenstelling tot gevallen waarbij een verblijfsvergunning wordt aangevraagd in verband met een medische noodsituatie, gekeken of de betrokken vreemdeling medisch gezien – zowel fysiek als psychisch – in staat is om te reizen. Het begrip gezondheidstoestand van artikel 64 Vw 2000 leidt aldus slechts tot een tijdelijke opschorting van vertrek uit Nederland en leidt op zichzelf gezien nimmer tot verblijfsaanvaarding. Derhalve dient te worden geconcludeerd dat de toetsing aan artikel 64 Vw 2000 bedoeld is om vast te stellen of een vreemdeling reisgeschikt is en dat deze vaststelling, zoals hiervoor reeds vermeld, los staat van de medische noodsituatie. Het voorgaande leidt aldus tot de slotsom dat deze aanbeveling niets toevoegt aan de huidige praktijk.

**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 ondergane 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 bestaat uit twee onderdelen en zal als zodanig worden besproken. Gelet op hetgeen hiervoor ten aanzien van aanbeveling 4 is opgemerkt, moet worden gesteld dat de medische informatie thans niet langer wordt uitgesloten bij de asielprocedure, indien het gaat om de vraag omtrent de uitzetting van de asielzoekers. Het betreft hier de situatie van artikel 3 EVRM. In dat verband is, op de voet van de uitspraken van de Raad van State d.d. 11 april 2003 en 13 juni 2003, voor de toepasselijkheid van onderdeel b van artikel 29 Vw 2000 juncto artikel 3 EVRM niet vereist dat de redenen van vertrek uit het land van herkomst verband houden met asielgronden. Hieronder worden thans, overeenkomstig de vorenbedoelde uitspraken, ook begrepen de medische omstandigheden die al dan niet in Nederland zijn ontstaan. Hieruit volgt aldus dat reeds aan een deel van dit onderdeel van deze aanbeveling navolging wordt gegeven.

Indien het in de asielprocedure gaat om de toelatingsvraag in de zin van artikel 29 lid 1 onder a Vw 2000 wordt de medische informatie in beginsel niet betrokken bij de beoordeling van de asielaanvraag. De reden hiervan is dat het asielrelaas door de beslisser in zijn totaliteit wordt beoordeeld. Daarbij wordt allereerst beoordeeld of het asielrelaas op zichzelf geloofwaardig is. Vervolgens wordt beoordeeld of het asielrelaas verband houdt met de gronden in het Vluchtelingenverdrag en of verdragsrechtelijke vervolging door de asielzoeker aannemelijk is gemaakt. Is er geen sprake van verdragsrechtelijke vervolging, dan wordt onderzocht of het asielrelaas aanleiding geeft tot het verlenen van een verblijfsvergunning op grond van achtereenvolgens artikel 29 lid 1 onder b tot en met f van de Vw 2000. Het Kabinet is dan ook van oordeel dat de medische informatie omtrent traumata en littekens in beginsel geen rol dient te spelen bij de beoordeling van asielaanvragen. Daartoe draagt bij de omstandigheid dat het voor de betrokken asielzoeker in feite lastiger wordt, indien hij de medische informatie afzonderlijk als bewijs moet leveren om zijn asielrelaas geloofwaardig te maken, terwijl nu wordt beoordeeld of het asielrelaas in zijn geheel aan te merken is als een consistent verhaal en daardoor geloofwaardig. Gezien het vorenstaande zal het Kabinet dit onderdeel van deze aanbeveling niet overnemen.

Ten aanzien van het tweede onderdeel van deze aanbeveling merkt het Kabinet het navolgende op. De vaststelling van het trauma alsmede het oorzakelijke verband met de reden waarom de vreemdeling zijn herkomstland verlaten heeft, is in de praktijk nagenoeg onmogelijk. Vanuit een medische invalshoek kunnen immers in beginsel geen zekere uitspraken gedaan worden over causale verbanden tussen medische aandoeningen en beweerde gebeurtenissen. Over het algemeen kan ook geen sluitend medisch oordeel gegeven worden over het tijdvak, waarin de medische aandoeningen zich hebben voorgedaan. Ook is van belang om te melden dat het gestelde trauma niet door middel van medisch onderzoek behoeft te worden bewezen. Binnen het traumatabeleid hoeft een trauma zich niet gemanifesteerd te hebben. Als de mogelijk traumatiserende gebeurtenis aannemelijk is en valt binnen de in het traumatabeleid gegeven limitatieve opsomming, is dit op grond van artikel 29 lid 1 sub c Vw2000 voldoende voor verblijfsaanvaarding.

Het uitgangspunt hierbij is aldus dat er geen onderzoek wordt gedaan, aangezien een onderzoek, zoals hier bedoeld, geen toegevoegde waarde heeft. Niet van belang is immers of iemand medisch gezien daadwerkelijk is getraumatiseerd, maar slechts of hij een potentieel traumatiserende gebeurtenis heeft meegemaakt. Derhalve valt niet in te zien wat dit onderdeel van deze aanbeveling nog toevoegt aan de huidige praktijk. Het Kabinet zal ook dit onderdeel van de onderhavige aanbeveling, gezien het vorenstaande, niet overnemen.

#### **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.*

Mede gelet op hetgeen hiervoor bij aanbeveling 6 (onderdeel 1) is opgemerkt, is het Kabinet van oordeel dat gezien de wijze van beoordeling tijdens de AC-procedure geen noodzaak of behoefte bestaat tot het implementeren van deze aanbeveling. Hiertoe overweegt het Kabinet verder als volgt.

Bij de AC-procedure gaat het primair om de vraag of op een asielaanvraag – gelet op de mate van complexiteit van die aanvraag – zonder tijdrovend onderzoek zorgvuldig binnen de 48 uurstermijn in het aanmeldcentrum kan worden beslist dan wel naar de gewone procedure dient te worden verwezen. Wanneer het onduidelijk is of een asielzoeker in verband met zijn of haar medische situatie kan worden gehoord, wordt advies gevraagd aan de bij het aanmeldcentrum aanwezige medische dienst. Indien deze dienst oordeelt dat de asielzoeker niet kan worden gehoord, wordt de asielaanvraag niet in het AC behandeld. Voorts worden de aanvragen van slachtoffers van marteling en seksueel geweld in het AC niet zomaar afgewezen. Deze gebeurtenissen kunnen, zoals hiervoor bij onderdeel II van aanbeveling 6 reeds is opgemerkt, aanleiding geven tot verlening van een verblijfsvergunning asiel op grond van het zogenaamde traumatabeleid. Daarbij speelt wel een rol wanneer deze gebeurtenissen hebben plaatsgevonden en wat de aanleiding van het vertrek uit het land van herkomst is geweest. Verder is van belang om op te merken dat indien een asielaanvraag tijdens de AC-procedure wordt afgewezen, waarna blijkt dat de betrokken vreemdeling vanwege medische omstandigheden niet kan reizen, de uitzetting achterwege wordt gelaten en alsnog aan de vreemdeling opvang wordt verleend. Bij de AC-procedure worden slechts die asielzoekers afgewezen, van wie evident is dat hun asielrelaas geen aanleiding geeft tot toelating in Nederland en bij wie de medische situatie geen beletsel vormt bij hun uitzetting uit Nederland. Een ander noemenswaardig aspect hierbij is dat, indien een asielzoeker het niet eens is met een in de AC-procedure genomen beslissing, hij daartegen bij de rechtbank in beroep kan gaan. Daarmee biedt de AC-procedure voldoende zorgvuldigheidswaarborgen jegens de asielzoeker. Het voorgaande leidt aldus tot de slotsom dat de onderhavige aanbeveling in feite niet afwijkt van de huidige beslispraktijk binnen de AC-procedure. Verder blijkt hieruit dat in de AC-procedure, in tegenstelling tot hetgeen de Commissie heeft geconcludeerd, wel degelijk ruimte bestaat voor de medische omstandigheden van asielzoekers. Derhalve zal het Kabinet deze aanbeveling van de Commissie niet overnemen.

#### **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.*

Met deze aanbeveling geeft de Commissie impliciet aan dat er thans sprake zou zijn van schijn van belangenverstrengeling tussen het BMA en de IND. Het Kabinet kan zich echter niet verenigen met dit standpunt van de Commissie en wel op de navolgende gronden. De artsen van het BMA zijn weliswaar in dienst van het Ministerie van Justitie, nochtans zijn zij voor wat betreft hun werkwijze en medische oordeelsvorming autonoom. De IND treedt daarbij nimmer in het oordeel van de artsen van het BMA. Zij dienen bij hun werkzaamheden te handelen overeenkomstig de daartoe gestelde wettelijke vereisten, waaronder de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Naast de wettelijke vereisten is, ter bevordering en bewaking van de kwaliteit van het werk van de BMA-artsen, alsmede hun onafhankelijkheid, een protocol opgesteld. Er zijn in dit protocol zorgvuldigheidsmaatstaven neergelegd, welke de BMA-artsen bij hun functioneren voortdurend in acht moeten nemen. Ingeval van de positionering van het BMA buiten de IND zal er geen verandering optreden in de informatiebehoefte van de IND. Ongeacht de positionering van het BMA zal bepaalde medische informatie noodzakelijk blijven voor het beoordelen van verblijfsaanvragen. Voorts dient te worden opgemerkt dat de adviezen van het BMA in bestuursrechtelijk opzicht voldoen aan de in de uitspraken van de Raad van State neergelegde zorgvuldigheidsmaatstaven voor deskundigenadviezen. Het BMA verschaft in het advies op onpartijdige, objectieve en inzichtelijke wijze informatie, onder aanduiding van de bronnen, waaraan deze is ontleend. Zoals blijkt uit de formulering van de onderhavige aanbeveling en de toelichting daarop is de Commissie kennelijk niet van mening dat het BMA geen onafhankelijke positie heeft ten opzichte van de IND en het Ministerie van Justitie, maar dat zij ervoor pleit om het BMA daarbij in een onafhankelijker positie te plaatsen. Hieruit kan worden opgemaakt dat de noodzaak tot het implementeren van deze aanbeveling in de praktijk betrekkelijk klein is. Bovendien brengt de huidige inbedding van het BMA binnen de IND vele voordelen met zich mee. Door de organisatorische inbedding van het BMA binnen de IND kan alert worden gereageerd op fluctuaties in de instroom van vreemdelingen. Voorts kunnen de gevolgen van wijzigingen in wet- en regelgeving en ontwikkelingen in de jurisprudentie voor de werkprocessen van de IND en het BMA eenvoudig worden afgestemd. Ook kan eenvoudig afstemming plaatsvinden over eventuele vragen die adviesverzoeken vanuit de IND bij BMA-artsen oproepen, en over eventuele vragen die adviezen van het BMA oproepen bij beslismedewerkers van de IND. De «korte lijntjes» staan borg voor een efficiënte afstemming.

Alle argumenten in ogenschouw nemend komt het Kabinet tot de conclusie dat er thans geen aanleiding dan wel noodzaak bestaat om deze aanbeveling over te nemen.

Wellicht ten overvloede merkt het Kabinet nog op dat de Inspectie van Volksgezondheid van het Ministerie van VWS te allen tijde bevoegd is om, indien zij daartoe aanleiding ziet, controle uit te oefenen op het functioneren van het BMA. Ten aanzien van de huidige inbedding van het BMA binnen de IND heeft de hierboven genoemde Inspectie tot op heden geen kritiek geleverd.

#### **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.*

Deze aanbeveling van de Commissie omvat twee elementen, welke het Kabinet voor een goed inzicht hieronder afzonderlijk zal bespreken. In de eerste plaats gaat het om de situatie, waarbij de BMA-arts twijfelt aan de door de behandelend arts van de betrokken vreemdeling gemaakte diagnose dan wel aan de medische behandeling. In deze situatie zijn de BMA-artsen, anders dan de Commissie het doet vermoeden, bevoegd om zelf de betrokken vreemdelingen te onderzoeken dan wel doen onderzoeken door een externe deskundige. Dit is ook vastgelegd in het BMA-protocol. Tevens dient hierbij te worden opgemerkt dat de IND nadrukkelijk ervoor pleit dat de BMA-artsen ingeval van twijfel, zoals hiervoor bedoeld, de vreemdeling zelf oproepen dan wel door een externe deskundige laten onderzoeken, aangezien dit bijdraagt tot een zorgvuldige beslissing. De IND betreft immers het advies van het BMA bij de beoordeling van de medisch gerelateerde aanvragen van vreemdelingen. Als de behandelende arts voldoende informatie heeft verstrekt, waarover geen medisch-inhoudelijke twijfel bestaat, zal een oproeping in de regel geen toegevoegde waarde hebben. Over de feiten bestaat dan immers geen verschil van mening. Opvattingen en verklaringen van behandelaars van niet-medische aard worden door de BMA-artsen niet betrokken bij de advisering, voorzover deze niet behoren tot het expertisegebied van die behandelaars. Zodoende kan tot een zo objectief mogelijk medisch advies worden gekomen. Wellicht ten overvloede merkt het Kabinet nog op dat het hierboven geschetste beeld al geruime tijd de gangbare praktijk is bij het functioneren van het BMA. Voorts wordt hierbij opgemerkt dat de commissie er ten onrechte van uit gaat, dat de betreffende vreemdeling zich in alle gevallen in Nederland bevindt. Wanneer de vreemdeling zich in het buitenland bevindt en zich (bijvoorbeeld) in het kader van een mvv-procedure of een aanvraag om een visum kort verblijf op medische gronden beroept, zal van een persoonlijk onderzoek door een BMA-arts geen sprake kunnen zijn.

In de tweede plaats gaat het om de situatie, waarbij de behandelend arts van de betrokken vreemdeling niet reageert op een verzoek om medische informatie van de BMA-arts. Zoals reeds hiervoor opgemerkt, zijn de BMA-artsen te allen tijde bevoegd om een vreemdeling voor onderzoek op te roepen, dan wel te doen onderzoeken door een externe deskundige. Niettemin geeft het BMA de voorkeur aan het doen van onderzoek door de behandelende arts zelf. Het oproepen van vreemdelingen door het BMA zal veelal weinig zin hebben, wanneer het oproepen alleen informatie zou kunnen opleveren als het BMA zou beschikken over (kostbare) diagnostische apparatuur. Ook bij psychische klachten geldt dat het oproepen door de BMA-arts weinig zal toevoegen; veelal zal pas inzicht kunnen ontstaan in de psychiatrische problematiek als de arts en de vreemdeling na langer durend contact een vertrouwensband hebben opgebouwd. Bij dit laatste is van belang om op te merken dat de medische klachten van vreemdelingen overwegend psychische klachten zijn. Hierbij speelt tevens het financiële aspect een belangrijke rol. Het vaker oproepen van vreemdelingen gaat gepaard met de verdere uitbereiding van het BMA dan wel met het (zeer kostbare) inschakelen van externe artsen. Ook in procesmatig opzicht leidt het vaker oproepen van vreemdelingen door de BMA-artsen tot nadelige gevolgen. Hierbij kan worden gedacht aan het oplopen van de doorlooptijden, hetgeen zich niet verhoudt met het uitgangspunt inzake het tijdig beslissen op aanvragen van vreemdelingen. Gelet op de eisen van goed hulpverlenerschap ligt het voorts niet in de rede dat behandelaars – ondanks de expliciete toestemming van de patiënt – zouden weigeren medische informatie te verstrekken. Deze medische informatie kan immers van belang zijn voor de verdere genezing van de vreemdeling. Om deze redenen onderneemt het BMA de nodige acties om de bedoelde informatie van de behandelende artsen te verkrijgen. Zo worden deze artsen waar nodig herhaalde-

lijk telefonisch en schriftelijk benaderd met het verzoek om de medische informatie te verstrekken. Het Kabinet zal deze aanbeveling, met in acht-neming van hierboven genoemde gronden, niet overnemen.

**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.*

Bij deze aanbeveling merkt het Kabinet allereerst op dat de BMA-artsen slechts een oordeel vellen omtrent de behandel mogelijkheden in het herkomstland van een vreemdeling. Het BMA oordeelt niet over de vraag naar de feitelijke toegankelijkheid van de medische behandeling voor de individuele vreemdeling in het land van herkomst, maar geeft een oordeel over de aanwezigheid van behandel mogelijkheden, met het oog op het ziektebeeld van de individuele vreemdeling. De vraag naar de feitelijke toegankelijkheid tot de medische zorg voor een individu, is inderdaad geen medische vraag. Daarbij zullen verschillende niet medische factoren een rol spelen, zoals financiële, geografische, infrastructurele en politieke aspecten. De vraag of voor een specifiek ziektebeeld een medische behandeling in een land aanwezig is, is wel een medische vraag. Om die vraag te beantwoorden, is dan ook medische kennis nodig van het betreffende ziektebeeld en de toepasselijke behandelwijzen. Hiertoe achten de BMA-artsen zich in staat en wel met gebruikmaking van de daartoe beschikbare bronnen. Verder merkt het Kabinet op dat de rapporten, waaraan de Commissie bij deze aanbeveling refereert heel algemene informatie bevatten, zodat deze in medisch-technisch opzicht weinig relevante informatie bevatten ten aanzien van de behandeling die juist gelet op de specifieke medische situatie van de vreemdeling noodzakelijk is. Voor de volledigheid wordt nog het volgende opgemerkt. Volgens de Richtlijnen van de KNMG dient de arts, die het medisch advies opstelt, deskundigheid te hebben op het terrein waarop de vraagstelling zich afspeelt. Waar het gaat om de medisch-inhoudelijke deskundigheid voldoen de BMA-artsen aan de Richtlijnen van de KNMG. Verder is in het BMA-protocol vastgelegd dat de BMA-artsen door middel van bijscholing specifieke kennis moeten vergaren om zo hun taak naar behoren te kunnen vervullen. Dit betreft met name kennis op juridisch gebied, de meest voorkomende ziektebeelden waarmee de medisch adviseur te maken krijgt en kennis omtrent de medische behandel mogelijkheden in het land van herkomst van betrokkenen. Hierbij worden de BMA-artsen gefaciliteerd door de IND, teneinde ervoor te zorgen dat de artsen op de hoogte blijven van alle ontwikkelingen. Het voorgaande leidt aldus tot de slotsom dat het Kabinet geen aanleiding ziet om deze aanbeveling over te nemen.

**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*

De aanbeveling van de Commissie aan de overheid, om expliciet de verantwoordelijkheid te erkennen voor de gezondheidszorg van een ieder die op Nederlands grondgebied verblijft, doet naar het oordeel van het Kabinet onvoldoende recht aan de bestaande situatie. In de toelichting op deze aanbeveling onderscheidt de Commissie vreemdelingen, asielzoekers, illegalen, ingezetenen en Nederlandse staatsburgers. De Nederlandse overheid heeft tegenover al deze personen een in het Nederlandse recht opgenomen zorgplicht. In het geval van de vreemdeling zonder wettig verblijf (de illegaal) staat hier echter geen subjectief afdwingbaar aanspraakrecht van de persoon tegenover. De uitzondering, die in de Koppelingswet wordt gemaakt ten aanzien van de illegalen voor de toegang tot medisch noodzakelijke gezondheidszorg (Memorie van Toelichting: TK 24 233; nr. 3), wordt daar geplaatst in de context van wat in het Nederlandse recht als zorgplicht ten aanzien van een persoon kan gelden. Het gaat hier om een uitzondering, waarbij enerzijds wel de verplichting bestaat om aan een persoon, ongeacht zijn verblijfsstatus, bepaalde verschaffingen niet te onthouden, zonder dat tegelijkertijd deze rechtsplicht correleert met een subjectief afdwingbaar aanspraakrecht van die persoon. Het gaat bij medisch noodzakelijke zorg om de situatie, waarin de verlening van medische zorg niet kan worden uitgesteld of onthouden zonder het leven of de gezondheidstoestand ernstig in gevaar te brengen. Er is in die situatie een zorgplicht van de hulpverlener. Op grond van zijn professionele verantwoordelijkheid is het bepalen van de noodzaak van zorg bij de arts gelaten. De illegaal behoort een verleende medische behandeling in principe zelf te betalen. Een illegaal heeft geen toegang tot de sociale ziektekostenverzekeringen maar kan zich wel particulier verzekeren tegen ziektekosten (een maatschappijpolis). Indien een behandelaar de behandelkosten niet kan innen bij de patiënt is het mogelijk om compensatie voor gedeerde inkomsten te verkrijgen. Voor ziekenhuizen en ambulancediensten kan dit via (jaarlijks) overleg met de ziektekostenverzekeraar. Voor de overige zorgverleners is een beroep op de Regeling Koppeling (het «Koppelingsfonds») mogelijk. De Commissie wijst in haar toelichting op de discussie over het samenstellen van een basispakket van medische zorg en concludeert dat noodzakelijke zorg nu al wordt ingeperkt tot strikt noodzakelijke zorg. Het is onjuist strikt noodzakelijke zorg gelijk te stellen aan medisch noodzakelijke zorg. Zowel het huidige verstrekkingenpakket van Ziekenfondswet en AWBZ als het toekomstige pakket onder het nieuwe stelsel omvat meer dan alleen «medisch noodzakelijke zorg». Met inachtneming van de nuancering inzake de positie van de vreemdeling zonder wettig verblijf (de illegaal) in Nederland, erkent het Kabinet een zorgplicht voor de illegaal in de vorm van het handhaven van de toegang tot medisch noodzakelijke zorg. Het Kabinet kan zich verenigen met de aanbeveling de komende jaren onderzoek naar het functioneren van deze toegankelijkheid te bevorderen.

**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 ontwikkelingssamenwerkingsprogramma's een bijdrage aan de verlening van die zorg kan leveren.*

Het Kabinet onderschrijft de ratio van deze aanbeveling van de Commissie. Niettemin acht het Kabinet zich niet in staat om deze aanbeveling op een adequate wijze te implementeren en op een succesvolle wijze uit te voeren. Hiermee beveelt de Commissie in feite aan dat de Nederlandse overheid in sommige gevallen dient over te gaan tot het verlenen van adequate medische zorg in het land van herkomst op individuele basis. Naar het oordeel van het Kabinet zijn er vele praktische bezwaren, die de uitvoering van deze aanbeveling in de praktijk nagenoeg onmogelijk maken. Juist om die reden heeft de Nederlandse overheid gekozen voor het bieden van een integrale medische zorg aan de ontwikkelingslanden. Het thans ter zake bestaande overheidsbeleid kenmerkt zich door een drietal factoren, namelijk het concentratiebeleid, ownership en bevordering van kwaliteiten van eigen bestuur. Deze drie factoren komen in de praktijk erop neer dat de medische zorg ten eerste aan het hele land wordt geboden en dus niet aan een bepaald individu. Tevens is daarbij de eigen verantwoordelijkheid van die landen bij de besteding van de geboden hulp van groot belang. In de derde plaats wordt de medische zorg aldus het overheidsbeleid alleen geboden aan de landen, waarin een goed opererend bestuur aanwezig is met een duidelijk structuur. Dit betekent dat de bijdrage van de Nederlandse overheid primair erop gericht is om in die landen lange termijn oplossingen met betrekking tot toegang tot de medische zorg te realiseren; met als resultaat zelfstandigheid en zelfredzaamheid van die landen. Het verlenen van de medische zorg op individuele basis draagt naar het oordeel van het Kabinet niet bij tot deze doelstelling.

Een ander praktisch bezwaar tegen deze aanbeveling is de vraag op welke wijze de medische zorg aan de individuele vreemdelingen in hun herkomstland moet worden geboden. Verder doet hierbij de vraag zich voor welke aandoeningen c.q. ziektes de Nederlandse overheid op individuele basis medische zorg moet bieden en in welke hoeveelheden. In het rapport van de Commissie vindt het Kabinet geen aanknopingspunten ter beantwoording van al deze vragen. Ook is van belang om te melden dat medicijnen in sommige ontwikkelingslanden als zeer lucratief handelsobject worden gezien. De Nederlandse overheid pleit ervoor om de medicijnen en de overige medische zorg in handen van het bestuur van die landen te geven, zodat voldoende toezicht bestaat bij de aanwending daarvan.

Gelet op het vorenstaande zal het Kabinet deze aanbeveling van de Commissie niet overnemen. Overigens is thans een notitie in voorbereiding over de relatie tussen migratie en ontwikkelingssamenwerking, waarin ook aan de hierboven genoemde zaken nadere aandacht zal worden besteed.

### **Aanbeveling 13:**

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

Het Kabinet zal deze aanbeveling overnemen. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de onderhavige aanbeveling in overeenstemming is met de uitgangspunten van het HIV-beleid in Nederland. De overheid stelt zich op het standpunt dat er geen sprake is van onafwendbaar gevaar voor de volksgezondheid gezien de wijze van overdracht van HIV en dat er geen aanleiding is om een screening verplicht te stellen. In Nederland wordt wel een actief testbeleid gevoerd om de verdere verspreiding van HIV tegen te gaan. Het gaat hierbij om het actief aanbieden van een HIV-test aan leden van risicogroepen, waaronder asielzoekers uit bepaalde landen. Asielzoekers worden dan ook niet anders benaderd dan andere risicogroepen.

Vanaf 1 januari 2004 wordt aan alle zwangere vrouwen in Nederland standaard een HIV-screening aangeboden (via de «opting out» methode) om

overdracht van HIV-infectie naar het kind te voorkomen. Ook asielzoekers vallen onder dit screeningsprogramma. Dit is in de lijn met het advies van de Commissie.

**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.*

Het Kabinet acht het van groot belang dat de bestaande registratiesystemen toegankelijk en transparant zijn, teneinde op een doelmatige wijze te worden gebruikt. Aangezien de Commissie gedurende een lange tijd met haar onderzoek bezig is geweest, valt niet precies aan te geven op welke periode de kritiek van de Commissie precies betrekking heeft. Desalniettemin zal het Kabinet, mede als gevolg van de aanbeveling van de Commissie, in de toekomst verdere stappen ondernemen om de bestaande registratiesystemen voor de gebruikers toegankelijker en doorzichtiger te maken. Binnen de IND zijn inmiddels daartoe enkele stappen ondernomen.

De inwerkingtreding van de Vw 2000 was voor de IND aanleiding om het registratiesysteem te herzien. Bij deze herziening zijn meer mogelijkheden beschikbaar gekomen om medische verblijfsdoelen en opschorting van vertrek vanwege medische omstandigheden te registreren. Bovendien is in het primaire systeem van de IND een procedure «onderzoek» geïmplementeerd. In deze procedure dienen alle mogelijke onderzoeken, dus ook in medische onderzoeken door het BMA, geregistreerd te worden. Daarnaast heeft BMA een nieuw registratiesysteem in gebruik genomen (MAIS).