

Vergaderjaar 2010–2011

19 637

Vreemdelingenbeleid

Nr. 1398

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR IMMIGRATIE EN ASIEL

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 februari 2011

In uw brief d.d. 28 januari 2011 met kenmerk 2011Z01454 die bij brief d.d. 28 januari 2011 met kenmerk 2011Z01454/2011D04310 werd vervangen, vraagt u mij om vragen te beantwoorden over de advisering BMA over zieke asielzoekers. Hierbij doe ik u de beantwoording toekomen.

De minister voor Immigratie en Asiel,
G. B. M. Leers

Antwoord op aanvullende vragen van de algemene commissie voor Immigratie en Asiel (2011Z1454/2011D04310) naar aanleiding van de uitzending van Zembla van 22 januari 2011 en hetgeen tijdens het Vragenuur op 25 januari 2011 (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2010–2011, nr. 43, mondelinge vragen van het lid Wiegman-van Meppelen Schepping) aan de orde is geweest

1

Rekent u het tot uw verantwoordelijkheid om uit te sluiten dat in het geval van een gedwongen terugkeer bij de asielzoeker een medische nood situatie ontstaat, doordat de behandelmogelijkheden en de feitelijke toegankelijkheid van zorg in het land van herkomst ontbreekt? Zo nee, waarom niet?

De minister voor Immigratie en Asiel is verantwoordelijk voor het vreemdelingenbeleid waarin onder andere is geregeld dat vreemdelingen niet naar hun land van herkomst worden teruggestuurd als op korte termijn een medische nood situatie zal ontstaan doordat de benodigde medische behandeling niet kan plaatsvinden in het land van herkomst.

Deze verantwoordelijkheid is begrensd. Nederland kent een uitstekende gezondheidszorg vergeleken met veel andere landen in de wereld. De Nederlandse overheid kan het gat tussen onze kwaliteit en standaarden en die van elders niet via het vreemdelingenbeleid dichten en moet dit ook niet willen om diverse redenen. Ten eerste kan het op individuele basis realiseren van feitelijke toegang tot medische zorg in het land van herkomst vanuit Nederland leiden tot onrechtvaardigheden en/of precedentwerking ten opzichte van de landgenoten van de vreemdeling. Ten tweede draagt het niet bij aan de lange termijn oplossingen in landen van herkomst op het gebied van het realiseren van toegang tot medische zorg. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt immers primair bij de autoriteiten in het land van herkomst.

Daarnaast kleeft aan een beoordeling van de feitelijke toegankelijkheid tot medische zorg in het land van herkomst een aantal (praktische) bezwaren. Zo kan niet deugdelijk worden getoetst welke factoren een rol zullen spelen bij de persoonlijke situatie van de vreemdeling en in welke mate deze factoren de toegang tot de zorg wel of niet mogelijk zullen maken, maar ook niet de vraag worden beantwoord voor welke aandoeningen, in welke hoeveelheden en hoe lang de Nederlandse overheid op individuele basis zorg moet bieden. De toets of de benodigde medische behandeling beschikbaar is in het land van herkomst valt derhalve wel onder mijn verantwoordelijkheid, maar de feitelijke toegang tot deze behandelmogelijkheden niet. Dit wordt bevestigd door jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM)¹, waarin doorslaggevende betekenis wordt toegekend aan de aanwezigheid van medische voorzieningen (en sociale opvang) en niet aan de vraag of die voorzieningen in het geval van de individuele vreemdeling ook feitelijk toegankelijk zijn.

In het geval dat een medisch adviseur van het Bureau Medische Advisering (BMA) in het advies medische reisvoorwaarden stelt, draagt de vreemdeling als eerste de verantwoordelijkheid voor het realiseren van de reisvoorwaarden. In het geval van gedwongen vertrek wordt de vreemdeling hierbij ondersteund door de Nederlandse overheid. De Dienst Terugkeer en Vertrek (DT&V) kan bijvoorbeeld voor de vreemdeling de feitelijke overdracht van zijn behandeling voorbereiden, door voor vertrek hierover afspraken te maken met een behandelaar in het land van herkomst. De DT&V geeft derhalve feitelijke invulling aan de door BMA gestelde reisvoorwaarden. De verantwoordelijkheid van de Nederlandse overheid strekt bij gedwongen terugkeer tot het moment dat de vreem-

¹ EHRM, 27 mei 2008, Case of N. v. The United Kingdom.

deling wordt overgedragen. Als de reisvoorwaarden niet kunnen worden vervuld, zal niet tot uitzetting worden overgegaan. Overigens staat het stellen van specifieke reisvoorwaarden los van de beoordeling of binnen drie maanden bij uitblijven van de benodigde medische behandeling een medische nood situatie zal ontstaan.

2, 3, 4 en 13

Deelt u de mening van de commissie Klazinga¹ dat een medisch advies zonder dat de individuele toegang tot zorg kan worden beoordeeld, als onverantwoorde individuele zorg is te beschouwen en dus in strijd is met goed hulpverlenerschap conform de wet BIG? Zo nee, waarom niet?

Deelt u de mening van de commissie Klazinga dat het vanuit professioneel en medisch-ethisch oogpunt onjuist is om op basis van een door de IND geformuleerde vraagstelling het oordeel over de beschikbaarheid van behandelmogelijkheden in het land van herkomst bij artsen onder te brengen? Zo nee, waarom niet?

Bent u bereid om de verantwoordelijkheid voor het bepalen van de behandelmogelijkheden en de feitelijke toegankelijkheid, conform de adviezen van de commissie Klazinga en de commissie Smeets², bij de IND neer te leggen? Zo nee, waarom niet?

Bent u bereid niet langer te onderzoeken of een medische behandeling in algemene zin beschikbaar is in het herkomstland, maar om te onderzoeken of er een feitelijke toegankelijkheid tot de benodigde medische behandeling in het individuele geval van betrokken patiënt? Zo nee, waarom niet? Zo ja, kunt de Kamer informeren over de door u voorgenomen maatregelen?

De discussie in de diverse genoemde rapporten omvat zowel de vraag welk beleids criterium moet worden gehanteerd (individuele dan wel feitelijke toegankelijkheid of algemene beschikbaarheid van zorg) als de vraag wie dit moet beoordelen. Zoals in de kabinetsreactie van 19 maart 2004³ op het rapport van de commissie Smeets is aangegeven, is het in de praktijk voor wat betreft het te hanteren beleids criterium nagenoeg onmogelijk om de vraag te beantwoorden of de individuele vreemdeling bij terugkeer naar het land van herkomst feitelijk toegang zal krijgen tot de nodige medische zorg. Zoals ik in antwoord op vraag 1 heb aangegeven, vind ik het ook niet wenselijk om het gat tussen onze kwaliteit en standaarden en die van elders in de wereld via het vreemdelingenbeleid te dichten. Voorts is de vraag naar de feitelijke toegankelijkheid tot de medische zorg voor een individu geen medische vraag omdat verschillende niet-medische factoren een rol kunnen spelen zoals financiële, geografische en infrastructurele factoren, alsmede veiligheidsaspecten. De vraag naar de feitelijke toegankelijkheid tot de medische zorg voor een individu valt dus buiten het medisch deskundigheidsgebied van de medisch adviseur van het BMA. Door een beoordeling over de feitelijke toegankelijkheid tot de medische behandeling te maken zou de adviseur van het BMA daarnaast in strijd handelen met een van de zorgvuldigheidseisen die volgens vaste jurisprudentie aan een medisch advies worden gesteld, namelijk de eis dat de rapportage is beperkt tot medische aspecten. Gelet op het voorgaande zie ik geen aanleiding om af te stappen van de lijn dat beschikbaarheid van de behandeling maatgevend is voor de besluitvorming.

¹ Commissie Medische zorg voor (dreigen) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, Rapport: Arts en Vreemdeling, 2007.

² Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid, Medische aspecten van het vreemdelingenbeleid, 2004.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 19 637, nr. 806.

⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 19 637, nr. 1305.

Ten aanzien van de vraag wie de beoordeling moet maken, heeft de toenmalige staatssecretaris van Justitie bij brief van 7 oktober 2009⁴ aangegeven dat voor de beoordeling van de vraag of voor een specifiek ziektebeeld een medische behandeling in een land aanwezig is, medische kennis nodig is van het betreffende ziektebeeld en de toepasselijke behandelwijzen. Medewerkers van de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) mogen en kunnen deze vraag niet beantwoorden zonder tussen-

komst van een medisch deskundige. Een medisch adviseur van het BMA heeft deze expertise wel. Een medisch adviseur van het BMA is bovendien (in tegenstelling tot de behandelend arts), niet alleen op de hoogte van de individuele klachten en specifieke behandeling van de vreemdeling, maar tevens ook van de criteria die gelden bij de vraagstelling van de IND, zoals wat er precies met beschikbaarheid van behandeling in het vreemdelingenbeleid bedoeld wordt. Gelet hierop zie ik evenmin aanleiding om af te stappen van de lijn dat de beoordeling van behandel mogelijkheden in het land van herkomst het best gedaan kan worden door een medisch adviseur van het BMA.

5 en 11

Op welke wijze is de onafhankelijkheid van het Bureau Medische Advisering (BMA) geborgd?

Deelt u de mening met de in de uitzending van Zembla geïnterviewde medici dat BMA-artsen de uitvoering van het vreemdelingenbeleid zwaarder laten wegen dan het belang van de patiënt? Zo nee, waarom niet?

Nee, deze mening deel ik niet. De medisch adviseur van het BMA is onafhankelijk. De medisch adviseurs van het BMA worden niet gestuurd in de advisering door de IND. Wel formuleert de IND de door de medisch adviseur te beantwoorden vraagstelling. Het vreemdelingenbeleid is voor de adviserende arts een gegeven en de tuchtrechter heeft tot dusver nooit geoordeeld dat een medisch adviseur van het BMA in strijd met de zorgvuldigheidsnorm handelt door binnen de gegeven vraagstelling te blijven.

De medisch adviseur van het BMA brengt op basis van professioneel autonome beantwoording van de voorgelegde vraagstelling onafhankelijk medisch advies uit aan de IND. Het beoordelen van de medische aspecten, voorbereiden en opstellen van het medisch advies gebeurt onder de persoonlijke verantwoordelijkheid van de medisch adviseur die het advies uitbrengt. Het gaat hierbij om een weging van objectieerbare medische informatie over de persoon en de beschikbaarheid van medische behandeling in het land van herkomst. De vreemdelingrechtelijke beslissing valt buiten de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.

De medisch adviseur van het BMA oefent zijn taken derhalve uit met inachtneming van de toepasselijke wettelijke kaders waaronder de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst en de Wet bescherming persoonsgegevens. Klachten over het gebrek aan onafhankelijkheid van het BMA zijn tot dusver nooit gegrond verklaard door de tuchtrechter. Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in haar rapport «Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA» uit 2006 geconcludeerd dat de medisch adviseurs, binnen de aan BMA gestelde randvoorwaarden, hun werk over het algemeen deskundig, professioneel autonoom en zorgvuldig verrichten. De Inspectie heeft niet getwijfeld aan de onafhankelijkheid van de voor het BMA werkzame artsen.

In de uitzending van Zembla d.d. 22 januari 2011 wordt de medisch adviseur van het BMA onder meer verweten dat de feitelijke toegankelijkheid van de medische behandeling in het land van herkomst niet wordt meegenomen in de beoordeling. Een medisch adviseur van het BMA zou door het maken van een beoordeling over de feitelijke toegankelijkheid in het land van herkomst in strijd handelen met de zorgvuldigheidseisen. Daarnaast spelen bij de individuele toegankelijkheid tot de medische behandeling niet-medische factoren een rol, zoals financiële, geografische

en infrastructurele factoren, alsmede veiligheidsaspecten (zie het antwoord op vragen 2 t/m 4 en 13).

6 en 8

Hoe is toezicht geregeld op het BMA? Is er sprake van regulier toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg? Zo nee, bent u bereid om regulier toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg te laten plaatsvinden op het werk van de BMA-artsen? Zo nee, waarom niet? Bent u bereid om de werkwijze van het BMA opnieuw door de Inspectie voor de Gezondheidszorg te laten toetsen?

De artsen van BMA dienen bij hun werkzaamheden te handelen overeenkomstig de daartoe gestelde wettelijke vereisten, waaronder de Wet BIG. De beoefenaren van de bij de Wet BIG geregelde beroepen staan onder toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Daarnaast kunnen klachten bij het tuchtcollege worden ingediend. Naast de wettelijke vereisten is, ter bevordering en bewaking van de kwaliteit van het werk van de medisch adviseurs van het BMA, alsmede hun onafhankelijkheid, een protocol opgesteld (te raadplegen via de website van de IND: www.ind.nl). Er zijn in dit protocol zorgvuldigheidsmaatstaven neergelegd, welke de medische adviseurs van het BMA bij hun functioneren voortdurend in acht moeten nemen. Over de kwaliteit van de adviezen legt BMA jaarlijks door middel van een jaarverslag – dat ook aan de Inspectie wordt verzonden – verantwoording af. Deze jaarverslagen zijn openbaar.

Naar aanleiding van besprekingen in uw Kamer in het voorjaar en de zomer van 2004 over het rapport van de commissie Smeets, heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg een onderzoek uitgevoerd naar de kwaliteit, deskundigheid en onafhankelijkheid van de adviezen van het BMA. Zoals ik heb aangegeven in antwoord op vraag 5 en 11, heeft de Inspectie geconcludeerd dat de medisch adviseurs, binnen de aan BMA gestelde randvoorwaarden, hun werk over het algemeen deskundig, professioneel autonoom en zorgvuldig verrichten. De Inspectie heeft niet getwijfeld aan de onafhankelijkheid van de voor BMA werkzame artsen. Ik zie dan ook geen aanleiding om de werkwijze van BMA opnieuw door de Inspectie te laten toetsen.

7

In 2006 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg in haar rapport onder meer geconstateerd dat BMA-artsen indirecte druk van de IND ervaren om complexe medische vragen met ja of nee te beantwoorden. Uit dit rapport kan worden afgeleid dat deze professionele beperking niet leidt tot eenduidige adviezen. Kunt u toelichten of en zo ja, dit verbeterpunt en andere verbeterpunten zijn gerealiseerd en of de overige geadviseerde maatregelen¹ zijn uitgevoerd?

De toenmalige minister voor Vreemdelingenzaken en Integratie heeft bij brief van 2 oktober 2006² per geadviseerde maatregel van de Inspectie voor de Gezondheidszorg gemotiveerd aangegeven welk gevolg daaraan wordt gegeven. Zoals in deze brief is vermeld, wordt de door de Inspectie aanbevolen maatregel betreffende het opzetten van een adviesvolgsysteem niet gerealiseerd. Advisering en besluitvorming moeten, gelet op de onafhankelijke positie van BMA, strikt gescheiden blijven. Wel is, zoals in deze brief toegezegd, een onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van medische adviezen van BMA, dat geleid heeft tot het rapport «Kwaliteits-toets medische adviezen, Bruikbaarheid BMA-adviezen bij uitzetting» van december 2009. Dit rapport is openbaar en is ook aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg toegezonden.

¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg, Medische advisering in het kader van het vreemdelingenbeleid door BMA, Juni 2006.

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2006–2007, 19 637, nr. 1090.

Voorts staat in het rapport van de Inspectie op pagina's 18 en 19 het volgende vermeld: «De geïnterviewde artsen gaven aan geen rechtstreekse druk vanuit de IND te ervaren.[...] De medische adviseurs staan wel indirect onder druk. Deze druk is in het systeem ingebouwd. Van de medische adviseurs wordt verwacht dat zij ook bij complexe beelden of moeilijk objectiveerbare diagnoses, of in situaties waarbij niet-medische factoren een rol spelen, de adviesaanvragen na onderbouwing toch met ja of nee te beantwoorden. [...] Vijf artsen gaven aan dat ze met name bij de vraag naar het ontstaan van een medische noodsituatie op korte termijn bij het uitblijven van de behandeling, tegen grenzen aanlopen. [...] Een antwoord met «ja» of «nee» is daarom vaak niet mogelijk. [...] Als in een bepaald geval zo'n antwoord niet mogelijk is, houdt de adviseur een slag om de arm. Bij het dossieronderzoek werden bijvoorbeeld de volgende antwoorden aangetroffen: het ontstaan van een medische noodsituatie is zeer waarschijnlijk; het optreden van een medische noodsituatie met name op de wat langere termijn kan niet geheel worden uitgesloten; uitblijven van een behandeling kan leiden tot een medische noodsituatie.[...]».

Uit bovenstaande passages uit het rapport blijkt, naar mijn mening, dat de weergave zoals vervat in uw vraag, niet in lijn is met hetgeen in het rapport hierover is vermeld. Ik deel uw conclusie niet dat uit het rapport kan worden afgeleid dat er sprake is van een professionele beperking die zou leiden tot niet eenduidige adviezen. In het rapport van de Inspectie is dienaangaande geen maatregel of verbeterpunt aanbevolen. Zoals ik in antwoord op vraag 5 en 11 heb aangegeven, brengt de medisch adviseur op basis van professioneel autonome beantwoording van de voorgelegde vraagstelling onafhankelijk medisch advies uit aan de IND. Hiermee acht ik voldoende gewaarborgd dat de medisch adviseur van het BMA professioneel kan handelen zonder dat druk op hem wordt uitgeoefend.

9, 12 en 14

Hoe vaak komt het voor dat BMA-artsen en specialisten tot een ander oordeel komen ten aanzien van de vraag of een zieke vreemdeling verblijf in Nederland moet worden toegestaan wegens ernstige ziekte en ontoereikende medische zorg in het herkomstland? Bent u bereid om de aard en de omvang door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in kaart te brengen?

Vindt u niet dat BMA-artsen niet op de stoel van medisch specialisten horen te zitten? Hooft het oordeel van een behandelend medisch specialist niet te prevaleren boven het advies van een BMA-arts? Kunt u uiteenzetten in hoeverre de oordelen van BMA-artsen zich verhouden tot de door elke medicus afgelegde eed van Hippocrates?

Het uitspreken van de eed van Hippocrates markeert in Nederland de voltooiing van de universitaire artsopleiding, maar heeft op zich geen juridische betekenis. Uiteraard staat ook bij de medisch adviseurs voorop dat zij hun beroep professioneel, deskundig en zorgvuldig uitoefenen. De medisch adviseurs van BMA geven geen oordeel over de vraag of aan een vreemdeling verblijf in Nederland moet worden toegestaan op medische gronden. De behandelaars van de vreemdeling worden evenmin gevraagd om hier een oordeel over te geven. Het is immers aan de beslismedewerkers van de IND om te beoordelen of een vreemdeling voldoet aan de in de regelgeving en het vreemdelingenbeleid vastgelegde criteria voor verblijf op medische gronden.

De medisch adviseurs van het BMA beantwoorden op grond van objectieve medische gegevens een aantal door de beslismedewerkers van de IND gestelde vragen met betrekking tot, onder meer, de medische situatie van vreemdelingen die verblijf in Nederland op medische gronden

aanvragen en de beschikbaarheid van de medische behandeling in het land van herkomst. Voor de beantwoording van de vragen met betrekking tot de individuele medische klachten, diagnostiek en specifieke behandeling van de vreemdeling, maken de medisch adviseurs gebruik van de informatie die door de behandelaars van de vreemdeling is verstrekt. In het algemeen wordt de informatie van de behandelend arts over feitelijke klachten en behandeling overgenomen. Indien er gerede twijfel bestaat over deze feitelijke informatie, bijvoorbeeld omdat er sprake is van tegenstrijdige informatie van verschillende behandelaars, bestaat de mogelijkheid voor de medisch adviseur van het BMA om een expertise te laten verrichten bij een specialist (niet zijnde de behandelaar) in het betreffende vakgebied. Zie in dit verband ook het antwoord op vraag 15 t/m 17.

Voor de beoordeling van de aanwezigheid c.q. beschikbaarheid van de behandeling op enige plek in het land van herkomst wordt door de medische adviseurs van het BMA gebruik gemaakt van informatie van ter plekke werkzame artsen van International SOS en de vertrouwensartsen die specifiek voor BMA worden aangetrokken via het Ministerie van Buitenlandse Zaken. In het medisch advies wordt de beoordeling van de informatie uit het land van herkomst afgewogen tegen de individuele medische situatie van de vreemdeling.

Behandelend artsen geven soms medische verklaringen af over zaken zoals de reisvaardigheid, de behandelmogelijkheden in het land van herkomst of de beoordeling van de medische noodsituatie op de korte termijn. Hoewel ik dit begrijpelijk vind gelet op de betrokkenheid van behandelaars bij hun patiënten, is een dergelijke handelwijze niet in overeenstemming met de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) «Omgaan met medische gegevens». Vanwege zijn rol als behandelaar wordt de behandelend arts namelijk niet als onafhankelijk en objectief gezien en kan hij in die rol geen geneeskundige verklaringen afgeven die prognoses of andere niet te objectiveren uitspraken bevatten over bijvoorbeeld gevolgen van terugkeer of behandelmogelijkheden in het land van herkomst. Het geven van een advies, dat een ander doel dient dan behandeling of begeleiding, moet objectief en deskundig gebeuren en derhalve door een onafhankelijke arts die deskundigheid heeft op het gebied waarop de vraagstelling zich afspeelt. Conform de KNMG-richtlijnen is dit namelijk een adviestaak die toebehoort aan een medisch adviseur en niet aan de behandelend arts. Een andere reden waarom een behandelend arts geen geneeskundige verklaring mag afgeven is om de vertrouwensrelatie tussen de patiënt en de arts niet te schaden. Deze relatie kan aangetast worden als het oordeel dat de arts geeft in zijn geneeskundige verklaring niet gunstig uitpakt voor zijn patiënt. De behandelend specialist behoort derhalve juist niet op de stoel van de medisch adviseur te zitten. Gelet op het voorgaande acht ik het door u voorgestelde onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg niet opportuun.

10

Hoe vaak komt het voor dat afzonderlijke BMA-artsen tegenstrijdige adviezen uitbrengen, zoals in het geval van Angolese PTSS-gevallen?

Ik kan niet inhoudelijk op deze individuele zaak in gaan, maar in het algemeen is het zo dat ogenschijnlijk vergelijkbare zaken, waarin vreemdelingen lijden aan Posttraumatische Stressstoornis (PTSS), van elkaar kunnen verschillen. Elke zaak wordt op zijn individuele medische merites beoordeeld. De medisch adviseur van het BMA weegt in het medisch advies de beoordeling van de informatie over de behandelmo-

lijkheden in het land van herkomst af tegen de individuele situatie van de vreemdeling. Het kan immers zijn dat in de ene zaak een net iets andere medische behandeling en/of medicatie of bijkomende aandoening aan de orde is dan in de andere zaak. Ook kunnen behandel mogelijkheden in een land van herkomst in de loop der tijd veranderen.

15, 16 en 17

Kunt u uiteenzetten hoe vaak BMA-artsen, die vaak alleen basis arts zijn, in 2009 en 2010 een extern deskundige hebben geconsulteerd ten behoeve van een medisch advies?

Kunt u toelichten waarom BMA-artsen niet verplicht zijn om een extern deskundige arts die gespecialiseerd is een specifiek ziektebeeld, te raadplegen bij complexe medische zaken?

Bent u bereid om het BMA-protocol dusdanig aan te passen dat BMA-artsen bij complexe medische zaken verplicht zijn om een gespecialiseerde externe deskundige te consulteren?

De minimumeis voor het zijn van medisch adviseur bij het BMA is inderdaad basisarts. De meeste medische adviseurs van het BMA hebben verschillende specialisaties en opgebouwde ervaring. Zo zijn er veel verzekeringsartsen, een aantal bedrijfsartsen en huisartsen en een enkele medisch specialist. Zoals ik in antwoord op vraag 9, 12 en 14 heb aangegeven, maken medisch adviseurs van het BMA voor de beantwoording van vragen met betrekking tot de individuele medische klachten, diagnostiek en specifieke behandeling van de vreemdeling, gebruik van de informatie die door de behandelaars van de vreemdeling is verstrekt. In het algemeen wordt de informatie van de behandelend arts over feitelijke klachten en behandeling overgenomen. Indien er gereede twijfel bestaat over deze feitelijke informatie, bijvoorbeeld omdat er sprake is van tegenstrijdige informatie van verschillende behandelaars, bestaat de mogelijkheid voor de medisch adviseur van het BMA om een expertise te laten verrichten bij een specialist (niet zijnde de behandelaar) in het betreffende vakgebied. Dit is reeds vastgelegd in het BMA-protocol. Ik zie derhalve geen aanleiding om het protocol aan te passen.

Uit het jaarverslag van BMA over 2009 blijkt dat er 30 expertises zijn uitgevoerd door een onafhankelijke expertisearts. Over het jaar 2010 zijn er op dit moment nog geen gegevens beschikbaar. Gelet op de gestelde termijn van beantwoording van deze vragen is het niet mogelijk geweest deze gegevens tijdig te verzamelen.