

Vergaderjaar 1995–1996

19 218

Het verworven immuun deficiëntiesyndroom (AIDS)

Nr. 57

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 8 december 1995

Hierbij ontvangt u het eindrapport «Het AIDS-beleid geactualiseerd» van de Nationale Commissie AIDS Bestrijding (NCAB), d.d. 31 oktober 1995¹, en mijn standpunt daarop.

1. Inleiding

Met ingang van 1 oktober 1995 is de NCAB opgeheven. Zoals u weet, heeft de NCAB gedurende een periode van twee keer vier jaar standpunten uitgebracht over de meest uiteenlopende aspecten met betrekking tot het AIDS-beleid in Nederland. Ik ben haar daarvoor zeer erkentelijk. Mede door de inspanningen van de NCAB heeft de epidemie zich in Nederland minder sterk ontwikkeld dan aanvankelijk werd aangenomen en zijn negatieve maatschappelijke gevolgen beperkt gebleven.

Als afronding van de werkzaamheden heeft de NCAB een laatste rapport uitgebracht, getiteld: «Het AIDS-beleid geactualiseerd». In grote lijnen kan het huidige beleid voortgezet worden, aldus de NCAB. Cruciaal voor de toekomst zijn implementatie en samenwerking. De vele aanbevelingen zijn niet alleen aan mij gericht, maar vooral ook aan vele andere betrokkenen bij het AIDS-beleid.

Op basis van het eindrapport komt de NCAB tot 7 aanbevelingen gericht aan mij als minister van VWS. Per aanbeveling geef ik mijn reactie en de eventuele initiatieven die ik zal nemen.

2. Reactie op de aanbevelingen van de NCAB

– Aanbeveling a. AIDS- en HIV-surveillance

«Het nauwlettend bewaken van de kwaliteit van de AIDS-surveillance en de in 1994 gestarte HIV-surveillance»

Reactie:

Tijdig inzicht in de epidemiologische ontwikkelingen van HIV en AIDS,

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

zo stelt de NCAB in haar eindrapport, is cruciaal voor de verdere AIDS-bestrijding. Ik onderschrijf deze analyse van harte.

De in 1994 opgezette HIV-surveillance is één van de pijlers waarop dit inzicht berust. Continuering van deze surveillance acht ik van groot belang. Ik ben voornemens een deel van het AIDS-onderzoeksbudget met ingang van 1998 voor dit doel aan te wenden, conform mijn brief aan de Programma-coördinatie commissie AIDS-onderzoek, d.d. 4 november 1995 kenmerk PAO/GZ 95-10664. Aldus kunnen de kwaliteit en de continuïteit van deze surveillance worden gewaarborgd.

Wat betreft de surveillance van AIDS deel ik de wens van de commissie te komen tot een landelijke uitvoering van de overlijdensregistratie. Ik zal daartoe in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg op korte termijn stappen ondernemen.

– Aanbeveling b. Garantiefonds

«Het instellen van een Garantiefonds ten behoeve van onverzekerbare HIV-geïnfecteerden»

Reactie:

De NCAB pleit voor een garantiefonds als oplossing voor de huidige onverzekerbaarheid van mensen met HIV. Een oplossing is dringend gewenst, aldus het eindrapport van de NCAB. Ik deel de analyse van de commissie dat de problemen met de toegang tot verzekeringen actueel is. Met betrekking tot dit vraagstuk was ik reeds een standpunt aan het voorbereiden. Mijn standpunt heb ik afgerond en treft u aan als bijlage 1. bij dit standpunt op het eindrapport.

Kern van mijn standpunt is dat ik onderken dat in sommige omstandigheden problemen kunnen ontstaan bij het afsluiten van verzekeringen. Met name voor mensen die kampen met chronische en of ernstige aandoeningen kunnen problemen van financiële aard een extra belasting betekenen voor de dagelijkse levenssituatie. Ook de toepassing van het toenemende aantal genetische tests kan leiden tot verdere selectie op medische kenmerken. De maatschappelijke discussie over het voorspellend medisch onderzoek in relatie tot particuliere verzekeringen wordt in dit kader alleen maar urgenter.

Evenals de vorige kabinetten vindt ook het huidige kabinet het gerechtvaardigd dat verzekeringsmaatschappijen de omstandigheden, waarvan het objectief vaststaat dat zij het risico beïnvloeden, bij het aangaan van een particuliere verzekering betrekken. De selectie van verzekeraars mag evenwel geen onredelijke en maatschappelijk ongewenste vormen aannemen. Doel is dat de toegang tot particuliere verzekeringen zoveel als mogelijk moet worden gegarandeerd zonder dat dit leidt tot zelfselectie.

Ter voorkoming van zelfselectie maken verzekeringsmaatschappijen gebruik van gezondheidskundig onderzoek. Bij de bepaling van gezondheidsrisico's mogen verzekeringsmaatschappijen geen gebruik maken van voorspellend medisch onderzoek tenzij daar een strikte rechtvaardiging voor bestaat.

In dit kader zie ik voor het uitbreiden van het verzekeringsgarantiefonds dan ook geen aanleiding. Voor een uitgebreide argumentatie verwijs ik u naar de bijlage.

– Aanbeveling c. Wet medische keuringen

«Het ondersteunen van het D66-initiatiefvoorstel voor de Wet medische keuringen»

Reactie:

In het verlengde van de vorige aanbeveling dringt de NCAB aan op het ondersteunen van een initiatiefvoorstel voor de Wet medische keuringen. Dit wetsvoorstel beoogt regels te stellen om de rechtspositie te verbeteren

van mensen die een medische keuring ondergaan in verband met een arbeidsovereenkomst of een pensioen-, een arbeidsongeschiktheids- of levensverzekering.

Het kabinet heeft gekozen in de beleidsbrief inzake voorspellend medisch onderzoek (Tweede Kamer 1994–1995, 22 612, nr. 1/22 december 1994). Uitgangspunt hierbij is dat geen zwaardere reguleringsmiddelen moeten worden ingezet dan voor het bereiken van het doel strikt noodzakelijk is. Het kabinet geeft bij toepassing van dit beginsel de voorkeur aan zelfregulering door betrokken partijen bij voorspellend medisch onderzoek. Bij mijn reactie op aanbeveling b. heb ik reeds stilgestaan bij de kaders waarin deze zelfregulering tot stand moet komen.

Wanneer gebleken is dat de gewenste zelfregulering (ook na herhaalde stimulering) niet tot stand komt, is een wettelijke regeling een reële optie.

– *Aanbeveling d. Publieksvoorlichting*

«De Nederlandse Stichting tot Bestrijding van Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA Stichting) te verzoeken een plan van aanpak te ontwikkelen om te komen tot de vorming van een samenwerkingsverband voor de publieksvoorlichting over veilig vrijen»

Reactie:

Volgens het eindrapport van de NCAB heeft de landelijke organisatie-structuur van de HIV-preventie de afgelopen jaren aan doelmatigheid gewonnen. Dit geldt met name voor de groepen met een verhoogd risico: HIV-preventie voor mannen met homoseksuele contacten bij de SAD-Schorerstichting en het project AIDS en druggebruik bij het Nederlands Instituut voor Alcohol en Drugs. Voor de specifieke groepen jongeren, vrouwen en migranten stelt de NCAB dat een zekere aanscherping van het preventiebeleid wenselijk is. De publieksvoorlichting over veilig vrijen blijft weliswaar belangrijk om de aandacht voor veilig vrijen bij het algemeen publiek te behouden maar kan, sterker dan tot nu toe het geval was, gekoppeld worden aan de preventie-activiteiten voor de publieksgroepen. Volgens de NCAB is de tijd nu rijp om tot één samenwerkingsverband te komen voor de benadering van veilig vrijen.

Ik onderschrijf de analyse van de NCAB van harte. Veilig gedrag blijft het belangrijkste instrument om verdere verspreiding van HIV/AIDS, maar ook van de meeste andere seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), te voorkomen. Mijns inziens dienen inspanningen op het terrein van preventie niet te verslappen. Aangezien het gaat om risico-gedrag dat iedereen zou kunnen vertonen, hecht ik grote waarde aan voortzetting van campagnes onder het algemeen publiek. Door de sterkere koppeling tussen deze publieksvoorlichting over veilig vrijen en gerichte activiteiten voor de publieksgroepen kan preventie van HIV en andere SOA doelmatiger en efficiënter ingezet worden, mede in het licht van de epidemiologische indeling naar transmissieroute. Ik neem het initiatief, zoals ook aanbevolen door de NCAB, de SOA Stichting op korte termijn te vragen daartoe een plan van aanpak te ontwikkelen. Ik ga ervan uit dat het uiteindelijke plan gedragen wordt door de betrokken organisaties én door het AIDS Fonds. Het fonds heeft tenslotte een coördinerende rol als het gaat om afstemming tussen de verschillende landelijke projecten en het creëren van een samenhangend aanbod van preventie-activiteiten. Het is ook een goede gelegenheid om te kijken naar de toekomst van de projectgroep Publiekscampagne.

Tot slot kan ik mij vinden in de overwegingen van de NCAB de publieksvoorlichting gericht op algemene informatievoorziening over HIV en AIDS, op versterking van publieke betrokkenheid en op een positief maatschappelijk klimaat verder te concentreren bij het AIDS Fonds. Daarover heb ik mij al eerder positief uitgelaten. Het belangrijkste

argument is dat het steeds ingewikkelder wordt massamediaal invulling te geven aan de campagne die aandacht vraagt voor discriminatie en stigmatisering van mensen met HIV/AIDS, de zg. «begripscampagne». Ik verwacht in de toekomst meer van gerichte activiteiten die aansluiten bij concrete omgang met mensen met HIV/AIDS in de praktijk (werk en sport).

– *Aanbeveling e. Centrumziekenhuizen*

«Het onderzoeken van de mogelijkheden om het aantal centrum-ziekenhuizen terug te brengen in relatie tot een uitbreiding en herziening van het COTG-tarief voor HIV/AIDS-zorg voor algemene ziekenhuizen»

Reactie:

De huidige centrumziekenhuizen verlenen méér dan reguliere patiëntenzorg aan mensen met HIV/AIDS. Zij houden zich ook bezig met onderzoek, kennisoverdracht, consultatiemogelijkheden, scholing en samenwerking met andere zorgverleners. De NCAB stelt in het eindrapport enkele beleidsaanpassingen voor op het gebied van ziekenhuiszorg en HIV/AIDS. In hoofdlijnen gaat het om een beperking van het aantal ziekenhuizen met een centrumfunctie en een herziening van de tariefstructuur.

Ik begrijp uit deze aanbeveling dat het ene centrumziekenhuis meer mensen met HIV/AIDS behandelt dan het andere. Ook is duidelijk dat mensen met HIV/AIDS voor zorg steeds vaker in gewone ziekenhuizen terecht kunnen en dat ook doen. Mijn inzet is ook altijd geweest een optimale, flexibele, laagdrempelige zorgstructuur voor mensen met HIV/AIDS te realiseren, zoveel mogelijk binnen bestaande zorgvoorzieningen en zo dicht mogelijk bij de patiënt. Een verdere concentratie van de centrumfunctie lijkt mij gewenst en noodzakelijk. In ziekenhuizen waar slechts een beperkt aantal AIDS-patiënten per jaar geholpen wordt, kan de zorgverlening prima zijn. Dat is echter nog geen grond voor een centrumfunctie, die immers boven de reguliere zorg uitstijgt. Tegelijkertijd kan ik mij voorstellen dat met het oog op onderzoek en ontwikkeling, nog steeds belangrijk bij een ziekte als AIDS, een sterkere concentratie in enkele ziekenhuizen gewenst en noodzakelijk is. Naast de behandeling van opportunistische infecties zijn er diverse anti-retrovirale behandelingen mogelijk en komen er telkens nieuwe middelen in onderzoek. Steeds minder AIDS-specialisten in Nederland zijn in staat alle behandelings- en onderzoeksmogelijkheden te overzien. Ik vind het daarom van belang dat enkele ziekenhuizen hun centrumfunctie behouden. Ik neem het initiatief de mogelijkheden voor concentratie in enkele ziekenhuizen te onderzoeken. Dit betekent dat ik ook de huidige financieringswijze zal bekijken. Ik verwacht hierover medio 1996 een uitspraak te kunnen doen.

– *Aanbeveling f. Verpleeghuizen*

«Het onderzoeken van de mogelijkheden om het aantal verpleeghuizen waarin mensen met AIDS worden opgevangen te beperken»

Reactie:

Op basis van verzamelde gegevens stelt de NCAB dat het huidige aantal van 29 verpleeghuizen voor de verpleging en verzorging van mensen met AIDS in relatie tot de omvang van de geboden zorg en het aantal patiënten niet langer gerechtvaardigd is. De praktijk wijst uit dat de meeste verpleeghuizen de afgelopen jaren maar een paar mensen verzorgd hebben. Er zijn 4 verpleeghuizen (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) die 75% van de opnamen voor hun rekening nemen. De NCAB bepleit dan ook beperking van het aantal verpleeghuizen waarin mensen met AIDS worden opgevangen, rekening houdend met regionale spreiding. De resultaten van het evaluatie-onderzoek van het Nederlands

centrum voor de Geestelijke volksgezondheid (NcGv) hierover zijn nog niet gereed maar moeten betrokken worden bij de uiteindelijke beslissing.

De huidige regionale spreiding van mensen met AIDS in relatie tot het relatief gering gebruik van speciale AIDS-bedden in verpleeghuizen geeft mijns inziens aanleiding om in samenspraak met de sector te bezien of moet worden teruggekomen op eerder gemaakte afspraken. Ik neem het initiatief de mogelijkheden voor concentratie van enkele verpleeghuizen te onderzoeken en daarbij de resultaten van het NcGv-evaluatie-onderzoek te betrekken. Ik verwacht hierover eind 1996 nadere uitspraken te kunnen doen.

– Aanbeveling g. Geneesmiddelenvoorziening

«Het verbeteren van de regelingen voor de registratie en vergoeding van geneesmiddelen met het oog op de belemmeringen bij nieuwe geneesmiddelen en combinatietherapieën»

Reactie:

Over mijn beleid bestaat onduidelijkheid als het gaat om de registratie van geneesmiddelen en de vergoeding ervan voor verzekerden, aldus de NCAB.

AIDS-patiënten, hun behandelaars en hun familie dringen er dikwijls op aan dat nieuwe middelen tegen AIDS snel beschikbaar komen. Dit betekent dat zo'n middel snel geregistreerd én snel in het verzekeringspakket opgenomen moet worden.

Ook voor een snelle registratie geldt evenwel dat het middel veilig is en dat het werkt. Verder moet ook de effectiviteit zijn aangetoond. Het College ter beoordeling van geneesmiddelen geeft voorrang aan middelen die vermoedelijk een doorbraak zullen vormen. Deze middelen kunnen bij een positief oordeel zo snel mogelijk beschikbaar komen. Overigens is het College autonoom in zijn beslissingen.

De opname van geneesmiddelen in het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) is voor middelen tegen AIDS niet anders dan voor geneesmiddelen tegen andere aandoeningen. Zoals bekend kunnen nieuwe geneesmiddelen opgenomen worden op bijlage 5 van de Regeling farmaceutische hulp 1993 indien zij onderling vervangbaar zijn met andere geneesmiddelen. Geneesmiddelen die niet onderling vervangbaar zijn met andere geneesmiddelen komen alleen dan in aanmerking voor plaatsing op bijlage 6 indien zij zijn bestemd voor de behandeling van een aandoening waarvoor nog geen geneesmiddelen bestaan. Deze zg. sluiting van bijlage 6 is door de toenmalige staatssecretaris van WVC ingesteld teneinde de kostenoverschrijding door nieuwe geneesmiddelen op bijlage 6 te beteugelen.

Recent adviseerde de Ziekenfondsraad mij over de mogelijkheid om bijlage 6 weer open te stellen. Een dergelijke openstelling zal niet onvoorwaardelijk kunnen zijn; ik ben echter in principe voorstander van verruiming van de opnamemogelijkheid van geneesmiddelen in het pakket. Het genoemde advies van de Ziekenfondsraad hiertoe heb ik nog in beraad.

3. Tot slot

Vooruitlopend op de opheffing van de NCAB is door het ministerie van VWS in 1994 aangegeven welke taken zij ziet weggelegd voor het AIDS Fonds als centrale AIDS-specifieke organisatie. Deze taken zijn: coördinatie, informatievoorziening, signalering, pleitbezorging, overleg, beoordeling van project-aanvragen en een bijdrage leveren aan de beleidsvoorbereiding. Ik constateer vooralsnog dat het AIDS Fonds deze taken consciëntieus oppakt.

Sinds 1994 stelt het AIDS Fonds, tot oktober 1995 geadviseerd door de NCAB, jaarlijks een werkplan AIDS-bestrijding op, conform de afspraken

in het convenant tussen het AIDS Fonds en het toenmalige ministerie van WVC. In het werkplan wordt een voorstel gedaan voor de besteding van het ontwikkelingsbudget. Dit budget is vooral bestemd voor ontwikkelingsprojecten op het terrein van preventie, voorlichting en zorg. Met mijn standpunt op het werkplan stel ik jaarlijks het budget vast. Met het budget kan de AIDS-bestrijding adequaat inspelen op nieuwe vragen of ontwikkelingen, hetgeen de flexibiliteit ten goede komt.

Eén van de afspraken in het convenant is dat het eind 1996 in beleidsmatige zin geëvalueerd wordt. De resultaten van deze evaluatie zullen laten zien in hoeverre het AIDS Fonds, en in eerste aanzet ook de NCAB, erin geslaagd zijn invulling te geven aan de gestelde doelen en prioriteiten conform de werkplannen AIDS-bestrijding.

Een afschrift van deze brief zend ik aan andere betrokkenen bij de AIDS-bestrijding.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

**NOTITIE AIDS EN VERZEKERINGEN; UITBREIDING
VERZEKERINGSGARANTIEFONDS VOOR HIV-SEROPOSITIEVE
MENSEN**

Deze notitie gaat in op het rapport van de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding (NCAB) inzake de uitbreiding van het verzekeringsgarantiefonds voor HIV-seropositieven en wordt besloten met een standpunt van de Minister van VWS hieromtrent.

Voorts treft u als bijlage A. aan een overzicht vanaf 1988 van de resultaten van de jaarlijkse enquête van het Verbond van Verzekeraars onder haar leden naar de HIV-antistoffentesten bij het aanvragen van individuele levensverzekeringen en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Conform de afgesproken gedragscode terzake geven de verzekeraars jaarlijks inzicht in de uitwerking van de gedragscode. Hierbij meld ik tot mijn genoegen dat op 18 mei 1995 het Verbond van Verzekeraars haar leden geadviseerd heeft de keuringsgrens voor levensverzekeringen te verhogen van f 200 000,- naar f 300 000,-. Deze nieuwe keuringsgrens wordt ook gehanteerd bij HIV-testen en bij het moratorium erfelijkheidsonderzoek.

1. Aanleiding

De problematiek van HIV-seropositiviteit en verzekeringen is reeds geruime tijd onderwerp van discussie. Een belangrijk element in de discussie betreft de medische vragenlijst die kandidaat-verzekerden moeten invullen voordat een verzekering kan worden afgesloten. De discussie over dit vraagstuk leidde mede tot een gedragscode van verzekeraars¹. De regering en de Tweede Kamer stemden in met de in de gedragscode aangegeven omstandigheden waaronder een HIV-test bij het afsluiten van een levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekering toelaatbaar is.

In het verlengde van de discussie over testbeleid en risicoselectie ligt het vraagstuk van de onverzekerbaarheid van mensen met gezondheidsproblemen in het algemeen en met een HIV-infectie in het bijzonder. Mede op verzoek van de Tweede Kamer heeft het vorige kabinet toegezegd een studie te laten verrichten naar de mogelijkheden om het door het Nederlandse Rode Kruis (NRK) en de Nederlandse Vereniging van Levensverzekeraars (NVL; thans het Verbond van Verzekeraars) opgerichte verzekeringsgarantiefonds voor seropositieve hemofiliepatiënten breder toegankelijk te maken². Hiertoe zou een haalbaarheidsonderzoek plaatsvinden waarbij onder andere bepaald diende te worden hoeveel seropositieven, die voor 1985 besmet zouden zijn met HIV, daadwerkelijk behoefte zouden hebben aan een dergelijke verzekering en wat de financiële consequenties van een verbreding zouden kunnen zijn.

Deze notitie gaat in op het Verzekeringsgarantiefonds voor seropositieve hemofilie-patiënten, het advies van de Nationale Commissie AIDS-Bestrijding, de achtergrondstudie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het standpunt naar aanleiding van deze studies.

**2. Verzekeringsgarantiefonds voor seropositieve
hemofiliepatiënten**

Om de verzekerbaarheid van seropositieve hemofiliepatiënten voor levensverzekeringen mogelijk te maken is eind 1992 de Stichting Garantiefonds van het Nederlandse Rode Kruis voor Hemofilie-patiënten opgericht. De stichting, waarin bestuurlijk het NRK en de NVL partici-

¹ Brief van de Minister van Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, dd. 6 november 1992 (Kamerstukken II, 1992–1993, 19 218, nr. 54).

² Notitie over een aantal aspecten van het onderwerp Aids/seropositiviteit, hemofilie en erfelijkheidsonderzoek in relatie tot het afsluiten van verzekeringen, dd 15 mei 1992. (Kamerstukken II, 1991–1992, 19 218, nr. 49).

peren, beheert een garantiefonds van f 5 miljoen. Dit bedrag is door de voormalige Staatssecretaris van WVC beschikbaar gesteld. Dit fonds dient te worden aangewend voor de uitvoering van de procedure-afspraken tussen het NRR en de NVL ten behoeve van levensverzekeringen met een overlijdensrisico tot f 200 000,- voor hemofiliepatiënten, die voor 1 januari 1985 reeds werden behandeld met bloed en/of bloedprodukten¹. De procedure-afpraak houdt in dat seropositieve hemofiliepatiënten geaccepteerd worden door de levensverzekeringsmaatschappijen, waarbij de serostatus geen beperking oplevert voor het afsluiten van de verzekering. Wanneer de verzekerde komt te overlijden ten gevolge van AIDS kan de levensverzekeringsmaatschappij het verschil tussen de betaalde premie- of koopsombetalingen en de uitkering bij het garantiefonds declareren. Hemofiliepatiënten die reeds AIDS hebben ontwikkeld komen voor deze vorm van verzekering niet in aanmerking.

Tot op heden zijn er door het garantiefonds 22 garantstellingen afgegeven met een gemiddeld garantiebedrag van f 100 500,-. Tot dusverre hoefde men nog niet tot uitbetaling op één van de garantstellingen over te gaan².

3. Advies Nationale Commissie AIDS-Bestrijding

Op verzoek van de voormalige Staatssecretaris van WVC heeft de NCAB een haalbaarheidsstudie verricht naar de mogelijkheden en de kosten van uitbreiding van het garantiefonds voor hemofiliepatiënten³. De vraagstelling is door de NCAB als volgt geoperationaliseerd: «is het mogelijk een berekening dan wel schatting te maken van de behoefte aan bepaalde typen verzekeringen van – nu door verzekeraars als onverzekerbaar aangemerkte – HIV-geïnfecteerden, dan wel is het mogelijk dit bij benadering aan te geven.» Deze vraagstelling is iets ruimer dan de oorspronkelijke vraagstelling. Deze beperkte zich tot het bestuderen van de mogelijkheden tot uitbreiding van het garantiefonds voor mensen die voor 1985 (het moment van beschikbaar komen van de HIV-antistoffentest) besmet waren geraakt. Mijn voorganger heeft met deze gewijzigde vraagstelling ingestemd, omdat een dergelijk onderscheid mogelijk een ongewenste stigmatisering zou veroorzaken van mensen die na 1985 met HIV besmet zijn geraakt.

Het RIVM heeft in opdracht van de NCAB de noodzakelijke achtergrondinformatie verzameld op basis waarvan gekomen is tot raming van de verzekeringsbehoefte. Dit onderzoek diende om de behoefte van HIV-geïnfecteerden aan bepaalde verzekeringen te schatten.

Door het RIVM is becijferd dat bij verschillende ramingsscenario's een uitbreiding van het garantiefonds een gemiddelde extra vraag naar levensverzekeringen veroorzaakt in de periode 1995–1997, variërend van f 20,5 tot 31,5 miljoen op jaarbasis. Dit betreft de vraag uitgedrukt in termen van verzekerde bedragen voor drie typen verzekeringen met een overlijdensrisico (spaarhypotheek, tijdelijke risicoverzekering en pensioen). De spaarhypotheek is verantwoordelijk voor bijna 80% van de vraag. Homo/biseksuele mannen zijn hierbij verantwoordelijk voor 67–74%. De vraag in de periode 1995–1997 betreft een «inhaalvraag». De projectie voor de jaren na 1997 is een aanmerkelijk lagere vraag van maximaal 15 miljoen. Een indicatie voor de extra omvang van het uitgebreide garantiefonds bedraagt f 125 miljoen ter dekking van de uitkeringen samenhangend met de vraag in de periode 1995–2005⁴.

De NCAB geeft aan dat de vraag naar overlijdensrisicoverzekeringen waarschijnlijk aanzienlijk lager zal zijn dan door het RIVM geschat. Hierbij verwijst zij naar ervaringen bij het WAO-garantiefonds en het hemofilie-

¹ Brief met subsidietoekenning aan het bestuur van de Stichting Garantiefonds van het Nederlandse Rode Kruis voor Hemofiliepatiënten, dd. 17 december 1992 (PAO/GZ-92-5319).

² Informatie van het Verbond van Verzekeraars dd. 6 november 1995.

³ Brief van de Staatssecretaris van WVC aan de NCAB, dd. 3 november 1992 (PEP/GZ 925145).

⁴ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, «Mogelijke uitbreiding van het Garantiefonds voor HIV-Geïnfecteerde Personen; financiële consequenties van verwachte epidemiologische ontwikkelingen», Bilthoven, oktober 1994.

garantiefonds. Een verdere onderbouwing van deze schattingen acht de Commissie in dit stadium niet opportuun. De toegevoegde waarde van extra onderzoek naar de mogelijkheden om tot een politieke beslissing inzake de instelling van een garantiefonds te komen, schat zij laag in. Zij acht de aanwezigheid van voldoende besef van de maatschappelijke noodzaak relevanter dan de aanwezigheid van (nog) exacte(re) gegevens.

De NCAB opteert voor de instelling van een garantiefonds met een onbeperkte looptijd. De Commissie vindt een beperking mogelijk door toespitsing van het fonds op bepaalde typen verzekeringen. De NCAB vindt het aanvaardbaar om het doel van de afsluiting van de verzekering te koppelen aan het maatschappelijk functioneren van de betrokkene zelf. Het afsluiten van verzekeringen met uitsluitend als doel het financieel verzorgen van nabestaanden kan volgens de NCAB van een regeling worden uitgesloten.

De NCAB merkt afsluitend in haar advies op dat er vraagtekens gezet kunnen worden bij de rechtvaardiging om een regeling uitsluitend voor HIV-geïnfekteerden open te stellen, zonder een bredere openstelling te realiseren voor andere mensen die door gezondheidsproblemen moeilijkheden ondervinden bij de toegang tot particuliere verzekeringen.

Van de HIV-vereniging is een brief ontvangen ter ondersteuning van het advies van de NCAB. Naar aanleiding van deze brief en gezien de bijzondere betrokkenheid bij dit onderwerp, heb ik op 4 september 1995 een overleg gevoerd met de HIV-vereniging over het NCAB-advies en onderhavig standpunt. Door de Vereniging heeft hierna nogmaals haar zienswijze schriftelijk uiteengezet. Door de HIV-Vereniging wordt aangegeven dat een maatschappelijke tweedeling dreigt te ontstaan in de groep mensen met HIV/AIDS en dat dit op gespannen voet staat met het grondrechtelijk gelijkheidsbeginsel. Gezien de financiële maatregelen die de overheid treft om het leed van hemofilie-patiënten met HIV/AIDS te verzachten, ziet de HIV-Vereniging een maatschappelijke sanctionering van het onderscheid tussen «schuldige» en «onschuldige» mensen met HIV/AIDS. Ook is zij van mening dat de toegang tot wonen en werken algemeen noodzakelijke voorzieningen zijn op grond waarvan zij meer solidariteit van de samenleving verwacht.

Voorts geeft de Vereniging aan dat er geen aanleiding is HIV-infecties anders te bezien dan hetgeen in het moratorium rond erfelijkheids-onderzoek is bepaald. De HIV-Vereniging vindt dat verzekeraars evenmin kandidaat-verzekerden naar de bekendheid van hun eventuele serostatus zouden mogen vragen. Een HIV-geïnfekteerde is volgens de Vereniging niet ziek en kan tussen het krijgen van de infectie ongeveer 12–14 jaar zonder noemenswaardige klachten leven. Het is volgens haar onjuist vast te houden aan de opvatting dat mensen met HIV een «brandend huis» zijn.

4. Reactie

Ik wil mijn standpunt vanuit drie invalshoeken bepalen: het voorspellend medisch onderzoek, algemeen versus categoriaal beleid en andere relevante overwegingen.

Allereerst het voorspellend medisch onderzoek. Evenals de vorige kabinetten vindt ook het huidige kabinet het gerechtvaardigd dat verzekeringsmaatschappijen de omstandigheden waarvan objectief vaststaat dat zij het risico beïnvloeden bij het aangaan van een particuliere verzekering betrekken. De selectie van verzekeraars mag evenwel geen onredelijke en maatschappelijk ongewenste vormen aannemen. De

toegang tot particuliere verzekeringen moet zoveel als mogelijk worden gegarandeerd zonder dat dit leidt tot zelfselectie¹.

Bij de bepaling van gezondheidsrisico's mogen verzekeringsmaatschappijen geen gebruik maken van voorspellend medisch onderzoek tenzij daar een strikte rechtvaardiging voor bestaat. Deze rechtvaardiging wordt bepaald op basis van drie criteria, te weten relevantie, subsidiariteit en proportionaliteit². Met name het eerste criterium is bij het onderhavige vraagstuk van (on)verzekerbare mensen met HIV van belang. Het relevantie criterium geeft aan dat de voorspellende waarde van het onderzoek en de conclusies die hieruit getrokken worden voldoende zal moeten blijken te zijn. Hiermee wordt bewerkstelligd dat verzekeringsmaatschappijen hun risico baseren op reële inschattingen. In dit kader wijs ik ook op de totstandkoming van bijvoorbeeld de HIV-gedragscodes van de verzekeraars. Ik acht het mede een aangelegenheid van de overheid om zonedig verzekeraars op hun verantwoordelijkheid in deze aan te spreken.

In de tweede plaats wil ik er op wijzen dat het kabinet niet een groot voorstander is van het opzetten van specifieke regelingen zeker als er sprake is van een ingewikkelde nalevingsproblematiek. Het treffen van algemene maatregelen, mede gelet op deze uitvoeringspraktijk, geniet de voorkeur. In de onderhavige situatie kan onder algemene maatregelen worden verstaan het beleid zoals dat gevoerd wordt ten aanzien van de toegang tot verzekeringen. De discussies over het dossier van het voorspellend medisch onderzoek richten zich op de algemene voorwaarden waaronder medische en gezondheidskundige kennis gebruikt kan worden bij onder andere de toegang tot particuliere verzekeringen.

Een nadeel van deze benadering is dat niet in alle gevallen een passend antwoord valt te geven op individuele knelpunten, die door betrokkenen als een belemmering voor hun maatschappelijk functioneren kunnen worden ervaren. De vraag die zich dan aandient is of er ter verfijning van het algemeen beleid nog aanvullende regelingen moeten komen.

Ik kom dan bij het derde punt van mijn argumentatie. In het rapport van de NCAB wordt een drietal verzekeringsvormen besproken waarbij knelpunten genoemd zijn. Ik wil deze verzekeringen kort bespreken:

De hypotheekverzekering

Ik kan mij voorstellen dat het met behulp van een hypotheek in eigendom kunnen verkrijgen van een eigen huis voor betrokkenen wenselijk wordt geacht. Echter gezien het in ons land beschikbare contingent aan huurwoningen ben ik van mening dat het maatschappelijk functioneren niet per definitie wordt belemmerd wanneer er geen hypotheekverzekering tot stand kan komen.

De pensioenverzekering

Twee aspecten zijn bij deze verzekeringsvorm van belang te weten de opbouw van een later te verkrijgen vermogen en de koppeling van deze verzekeringsvorm aan de aanstellingskeuring.

Met betrekking tot het eerste aspect geeft ook de NCAB in haar advies aan dat pensioenverzekeringen primair het financieel verzorgen van nabestaanden beogen. Hoezeer opbouw voor later te verkrijgen vermogen (vooral in het kader van de nabestaandenzorg) begrijpelijk is te achten, dient hierbij te worden bedacht dat als men voor een dergelijke voorziening kiest de keuze niet beperkt is tot pensioenverzekeringen maar

¹ Kamerstukken II, 1991–1992, 19 218, nr 48.

² Standpunt over het gebruik van voorspellend medisch onderzoek bij keuringen (Kamerstukken II, 1993–1994, 23 612, nr. 1) en de brief van 22 december 1994 van de Minister van VWS aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (PAO/GZ-9412945).

ook gekozen kan worden uit een uitgebreid scala van spaar- en beleggingsmogelijkheden. Om die reden acht ik geen bijzondere redenen aanwezig van overheidswege nadere voorzieningen te treffen.

Met betrekking tot het tweede punt merk ik op dat in de praktijk de aanstellingskeuring veelal gecombineerd wordt met de pensioenkeuring. Deze problematiek is besproken in de nota Aanvullende Verzekering¹. Het toenmalige kabinet stelde toen «Het kabinet is met de SER van mening dat het wenselijk is dat werknemers zoveel mogelijk zonder voorafgaande pensioenkeuring tot de pensioenregelingen worden toegelaten. Slechts in een beperkt aantal gevallen, zoals bij kleine collectiviteiten kan een pensioenkeuring noodzakelijk zijn. Maar ook wanneer de pensioenkeuring noodzakelijk wordt geacht, mag de uitslag daarvan niet van invloed zijn op de aanstelling van betrokkene. Het kabinet is het met de SER eens dat compensaties voor het verhoogde verzekeringsrisico (geheel of gedeeltelijke premievoortzetting van de deelneming bij arbeidsongeschiktheid en een verhoogd overlijdensrisico) niet in de uitsluiting of vermindering van rechten moet worden gezocht. De Stichting van de Arbeid heeft in mei 1993 op verzoek van het kabinet een advies uitgebracht. Hierin onderschrijft de Stichting van de Arbeid het standpunt van het kabinet en het advies van de SER. De Stichting van de Arbeid verklaarde zich bereid met organisaties van pensioenuitvoeringsorganen in overleg te treden om terzake tot een evenwichtige aanbeveling te komen aan alle partijen in het pensioenveld.

Inmiddels heeft de Stichting van de Arbeid in haar brief van 9 juni 1994 de aanbeveling gedaan aan alle partijen betrokken bij aanvullende pensioenregelingen om zorgvuldig na te gaan of in de eigen situatie de pensioenkeuring al dan niet zou kunnen vervallen.

De tijdelijke risicoverzekering

Deze verzekeringsvorm wordt door de NCAB onderscheiden in een tijdelijke verzekering ten behoeve van een bedrijfskrediet of anderszins. De door de NCAB geraamde vraag naar tijdelijke risicoverzekeringen ten behoeve van een bedrijfskrediet is 2,9% ten opzichte van 10,3% voor de overige tijdelijke risicoverzekeringen.

Dit onderscheid in doelstelling is noodzakelijk omdat de laatste categorie primair als oogmerk heeft nabestaanden financieel verzorgd achter te laten. Vergelijkbaar met de pensioenverzekering beoogt deze verzekeringsvorm niet de maatschappelijke participatie van de HIV-geïnfecteerde te vergroten, maar is zij primair gericht op de financiële positie van de eventuele nabestaanden. Zoals ik reeds hiervoor heb aangegeven kan in deze omstandigheid geen specifieke argumentatie worden gevonden voor het tot stand brengen van een garantiefonds.

Voor de groep seropositieven die een tijdelijke risicoverzekering zouden behoeven voor het verkrijgen van een bedrijfskrediet om een bedrijf te kunnen voeren stel ik mij op het volgende standpunt. Wanneer voor de bedrijfsvoering noodzakelijkerwijs financiële middelen gewenst zijn is het in principe mogelijk een beroep te doen op het Bijstandsbesluit Zelfstandigen (Stb. 544, 1986). Hierin wordt gemeenten de mogelijkheid geboden zelfstandigen te ondersteunen in de bedrijfsvoering.

In het kader van het te intensiveren (re)integratiebeleid van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten zal het kabinet ondermeer gemeenten wijzen op de mogelijkheden van reeds bestaande instrumenten om mensen met gezondheidsproblemen hiervan gebruik te laten maken.

¹ Kamerstukken II, 1990–1991, 22 167, nr. 2.

5. Conclusie

De benadering die het kabinet volgt is dat de oplossing zoveel mogelijk via algemene voorzieningen gevonden moet worden. Ik onderken dat in individuele omstandigheden problemen kunnen ontstaan bij het afsluiten van verzekeringen. Met name voor mensen die kampen met chronische en of ernstige aandoeningen kunnen problemen van financiële aard een extra belasting betekenen voor de dagelijkse levenssituatie. Genetische tests komen in toenemende mate beschikbaar. Dit kan leiden tot verdere selectie op medische kenmerken. De maatschappelijke discussie over het voorspellend medisch onderzoek in relatie tot particuliere verzekeringen blijft derhalve actueel.

In het standpunt op het voorspellend medisch onderzoek is door het kabinet aangegeven dat verzekeringsmaatschappijen geen gebruik mogen maken van voorspellend medisch onderzoek, tenzij daar een strikte rechtvaardiging voor bestaat. Op deze wijze beoogt het kabinet de toegang tot verzekeringen niet onnodig te beperken.

In reactie op de inbreng van de HIV-Vereniging ben ik van mening dat een verwijzing naar het gelijkheidsbeginsel niet adequaat is. Een vergelijking met het overheidsbeleid voor de HIV besmette hemofilie-patiënten gaat niet op. De aanleiding voor de overheid om regelingen te treffen voor deze groep mensen is gelegen in het feit dat de overheid verantwoordelijk is voor een veilige bloedvoorziening. Op grond van de conclusies van de Nationale Ombudsman in zijn rapport over deze kwestie heb ik aanleiding gevonden om op bestuurlijk-politieke en morele gronden een financiële tegemoetkoming te moeten aanbieden. Er is geen sprake van een onderscheidend criterium van schuldige of onschuldige seropositieven. Deze stellingname geeft een objectiveerbaar onderscheid waardoor er geen schending plaatsvindt van het grondwettelijke gelijkheidsbeginsel.

Ook de argumentatie met betrekking tot de vergelijking met het moratorium van verzekeraars omtrent het erfelijkheidsonderzoek gaat niet op. Het hebben van een HIV-infectie betekent momenteel helaas dat er sprake is van een verkorte levensverwachting.

Op grond van het bovenstaande ben ik tot de conclusie gekomen dat vooralsnog volstaan kan worden met algemene beleidsmaatregelen. Voor het uitbreiden van het verzekeringsgarantiefonds voor hemofilie-patiënten zie ik in het licht van het bovenstaande geen aanleiding.

RAPPORTAGE VERBOND VAN VERZEKERAARS NAAR GEBRUIK VAN HIV-ANTISTOFFENTESTEN

In het kader van de eerder genoemde gedragscode van de verzekeraars inzake het testbeleid op HIV-antistoffen heeft het Verbond van Verzekeraars de volgende gegevens verstrekt over het gebruik van testen¹.

A. Levensverzekeringen

A.1. Individuele levensverzekeringen met een overlijdensrisico van hoger dan f 200 000,-

Periode	1988–1991	1991–1992	1992–1993	1993–1994	1994–1995
– Aantal testen	onbekend	+/- 40 000	+/- 43 000	53 858	59 105
– Uitslag sero+	19	14	6	0	8

N.B. Totaal afgesloten polissen is gelijk aan het aantal afgenomen testen.

A.2. Individuele levensverzekeringen met een overlijdensrisico van lager dan f 200 000,- bij medische indicatie

Periode	1988–1991	1991–1992	1992–1993	1993–1994	1994–1995
– Aantal testen	96	19	48	17	4
– Uitslag sero+	7	1	0	2	1
– Aantal afgesloten polissen	–	–	–	+/- 550 000	538 067

Aanleiding medische indicatie voor het registratiejaar

	1993–1994	1994–1995
– wegens bloedtransfusie in het buitenland	1	0
– wegens intraveneus druggebruik	0	0
– wegens behandeling voor een seksueel overdraagbare aandoening	11	2
– wegens overschrijding van de f 200 000,- tezamen met een ander gesloten verzekering	5	2
Totaal	17	4

B. Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen

B.1. Particuliere Individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen met een rente boven f 60 000,- respectievelijk f 40 000,-

Periode	1993–1994	1994–1995
– Aantal testen	5 978	3 891
– Uitslag sero+	0	1

B.2. Particuliere Individuele arbeidsongeschiktheidsverzekeringen met een rente onder f 60 000,- respectievelijk f 40 000,-

Periode	1993–1994	1994–1995
– Aantal testen	8	0
– Uitslag sero+	0	0

¹ Laatst bij brief van 28 september 1995 (BB-Leven/03409/WV).

Aanleiding medische indicatie voor het registratiejaar

Periode	1993–1994	1994–1995
– wegens bloedtransfusie in het buitenland	8	0
– wegens intraveneus druggebruik	0	0
– wegens behandeling voor een seksueel overdraagbare aandoening	0	0
– wegens overschrijding van de f 200 000,– tezamen met een ander gesloten verzekering	0	0
Totaal	8	0