

23 259

Voorstel van wet van het lid Van Boxtel houdende regels tot versterking van de rechtspositie van hen die een medische keuring ondergaan (Wet op de medische keuringen)

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT¹

Vastgesteld 4 februari 1997

Het voorbereidend onderzoek gaf aanleiding tot het formuleren van de volgende opmerkingen en vragen.

De leden van de **VVD**-fractie hadden er, alvorens tot een standpunt over het wetsvoorstel te komen, behoefte aan onderstaande kritische vragen te stellen en opmerkingen te maken.

Volgens de toelichtende stukken beperkt dit wetsvoorstel zich tot de private sector en wordt de regelgeving in de publieke/collectieve sector buiten beschouwing gelaten.

Van een regeringsvoorstel waaruit blijkt welke overheidsregelingen zullen worden aangepast en de wijze waarop dat zal gebeuren hadden zij geen kennis genomen. In beginsel bestaat derhalve het risico dat er verschillende typen regelgeving ter zake van medische keuringen blijven bestaan.

Dit bracht de leden van de VVD-fractie tot de volgende vragen:

- a. Verdient het vanuit het beginsel van de rechtsgelijkheid niet de voorkeur dat de regelgeving ter zake van dezelfde keuringen in één wet is ondergebracht?
- b. Welke regelgeving in de publieke sector dient volgens de indiener gewijzigd te worden?
- c. Gaat het bij deze regelgeving telkens om de overheid in de hoedanigheid van mede-wetgever of is er soms ook sprake van de overheid als werkgever?
- d. Deelt de initiatiefnemer de opvatting dat, indien gescheiden regelgeving voor de private en publieke sector onvermijdelijk is, deze op een gelijk tijdstip dient in te gaan?

¹ Samenstelling:

Van de Zandschulp (PvdA), Heijmans (VVD), Michiels van Kessenich-Hoogendam (CDA), Boorsma (CDA), Tuinstra (D66), Van den Broek-Laman Trip (VVD), Werner (CDA), Batenburg, Schoondergang-Horikx (GL), Van den Berg (SGP), Hendriks, Ter Veld (PvdA) (voorzitter), Dees (VVD), De Wit (SP).

De leden van de VVD-fractie vroegen vervolgens welke zekerheid er is dat de vragen die thans overeenkomstig de HIV-code onder de zogenoemde vragengrens worden gesteld in de gezamenlijke toepassing van de artikelen 2, 3 en 5 en 6 als gerechtvaardigde vragen zullen worden beschouwd.

Waarom is het inkomensbegrip van artikel 5, tweede lid niet gedefinieerd?

Deze leden zouden gaarne het commentaar van de initiatiefnemer vernemen op het besluit van de Raad van Centrale Ondernemingsorganisaties (RCO) om niet meer deel te nemen aan vervolgactiviteiten in het kader van het Protocol Aanstellingskeuringen, aan de instelling van een klachtenprocedure en aan eventuele aanpassingen van het Protocol. Betekent dit niet dat de weg van de geconditioneerde zelfregulering, zoals neergelegd in de artikelen 9 en 13, op voorhand gedoemd is te mislukken?

Weegt het tijdverlies van 3 jaar – de termijn die in acht moet worden genomen alvorens bij algemene maatregel van bestuur regels kunnen worden gesteld – wel op tegen de gekozen weg van wetgeving nu?

Ter zake van de relatie tussen aanstellingskeuringen en de Arbowet meenden de leden van de VVD-fractie enige fricties te constateren tussen de tekst van artikel 4, eerste lid en de gegeven toelichtingen. Immers, in dit artikel wordt onder medische geschiktheid voor de functie begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid. Tegelijkertijd wordt door de indiener een verband tussen aanstellingskeuringen en de Arbo-regelgeving afgewezen.

Deze leden begrepen dat niet omdat de «risicoprofielen» die in het kader van de Arbo voor bedrijven moeten worden opgesteld benut kunnen worden voor de aanstellingskeuring uitsluitend en alleen ter bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling.

In hoeverre deelt de indiener de opvatting dat in het belang van de keurling een keuring zowel functiegericht als bedrijfsgericht (gezien evt. specifieke risico's) moet kunnen zijn?

De leden van de VVD-fractie hadden begrepen dat het verbod op keuringen voor bepaalde verzekeringen die aan de arbeidsovereenkomst gerelateerd zijn, ziet op collectieve verzekeringen.

Zal dit in geval van kleine collectiviteiten – het kan zelfs om één persoon gaan – er niet toe leiden dat een verzekeraar in het kader van «Pemba» aan kleine collectiviteiten in het geheel geen verzekeringen zal aanbieden bij gebreke van mogelijkheden tot risico-inschatting?

In dit verband vroegen deze leden ook het commentaar van de indiener op een tweetal andere op zichzelf niet beoogde, doch mogelijke negatieve neveneffecten van enkele keuringsverboden:

- een terughoudende opstelling van levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeraars ten aanzien van de acceptatie van individuele risico's, indien zij deze risico's niet meer mogen beoordelen;
- een vergroot risico voor de kleine verzekeraars dat zij niet meer of veel moeilijker terecht kunnen bij de internationale herverzekeraars.

Het was de leden van de VVD-fractie opgevallen dat het wetsvoorstel maar in zeer beperkte mate op feitelijke gegevens inzake de effecten van al dan niet keuren voor een aanstelling of een verzekering is gebaseerd. Kan een overzichtelijke samenvatting van de meest actuele gegevens worden opgesteld?

Waaruit blijkt dat er door keuringen substantieel minder mensen aan het werk komen, respectievelijk tot een verzekering worden toegelaten?

Zal een effect tevens niet zijn dat keurlingen ter vergroting van hun kansen vrijwillig een keuring vragen of medische gegevens verstrekken?

Deelt de indiener de opvatting dat zulks niet verboden is, respectievelijk niet verboden kan worden?

Tot slot vroegen deze leden de indiener te willen ingaan op de volgende casus.

Stel een werknemer is een aantal jaren arbeidsongeschikt geweest. Hij

solliciteert, legt een C.V. over, waaruit blijkt dat hij een aantal jaren niet heeft gewerkt. Is de indiener dan van mening, dat deze werknemer zonder vragen naar zijn gezondheid meer mogelijkheden heeft om de baan te krijgen, dan wanneer de werkgever er wel naar zou mogen vragen?

De leden van de **CDA**-fractie deelden mee met bijzondere belangstelling en waardering, maar toch ook met toenemende verbazing kennis te hebben genomen van dit initiatief-voorstel, met name wegens de fundamentele verschuiving in doelstelling en inhoud, naarmate de tijd verstreek. Zes nota's van wijziging voor een in omvang beperkt – 17 artikelen – wetsvoorstel zijn hiervan een duidelijke bevestiging.

De einduitkomst – zoals deze thans voorligt – roept dan ook een aantal vragen op, waarvan de beantwoording noodzakelijk is om tot een weloverwogen eindoordeel te kunnen komen.

Bij deze vragen zullen deze leden ook op de brief van de bij dit wetsvoorstel betrokken bewindslieden van 19 april 1996 ingaan, aangezien de inhoud hiervan kennelijk ook de initiatiefnemer tot wijzigingen (vierde nota van wijziging) heeft aangezet.

Uit genoemde brief van de bewindslieden valt te lezen dat de voornemens van het kabinet – premiedifferentiatie en marktwerking in de wettelijke arbeidsongeschiktheidsregelingen te introduceren – ertoe hebben geleid alsnog in te stemmen met geconditioneerde zelfregulering via wetgeving bij de aanstellingskeuringen.

Een verbazingwekkend argument op een moment dat het nog mogelijk was geweest vast te houden aan de voornemens in het Regeerakkoord met betrekking tot deregulering en het Pemba-complex op basis ook van de uitkomsten in het kader van WULBZ anders in te richten, ja zelfs om geheel of gedeeltelijk van deze voornemens af te zien.

Een verbazingwekkend argument ook op basis van de uitspraken tijdens het Hoofdlijnendebat en slechts te verklaren door politieke overwegingen.

Ook de initiatiefnemer is zich in toenemende mate vanwege de gevolgen van de privatisering op de noodzaak van wetgeving gaan beroepen. «Dat chronische zieken thans, met name na de privatisering van de Ziektewet, geen eerlijke kans krijgen, behoeft toch werkelijk geen bewijs».

De leden van de CDA-fractie betreurden dat wetgeving tot stand moet komen om eerdere slechte wetgeving te repareren: WULBZ en Pemba, maar dan ook een wet op de Medische keuringen. Zoals bekend, hebben deze leden ook ernstige bedenkingen tegen de Pemba-wetten: de beste dienst aan mensen met een arbeidshandicap is deze wetten niet tot stand te laten komen.

Bovendien maakt het kabinet en in zijn voetsporen ook de initiatiefnemer thans onderscheid; er wordt met betrekking tot de keuringen ten behoeve van levensverzekeringen en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen vooralsnog geen aanleiding gezien om tot geconditioneerde zelfregulering over te gaan. De directe werking van deze artikelen moet worden uitgesteld tot een aantal nadere afspraken is gemaakt.

Dit alles leidde deze leden tot de navolgende vragen:

1. Zowel het Protocol als het moratorium erfelijkheidsonderzoek en de HIV-gedragscode voldoen niet aan de criteria door de initiatiefnemer aan zelfregulering gesteld. Desalniettemin leidt dit tot een verschillend regime voor de aanstellingskeuringen t.o.v. de andere keuringen.

Niet op grond van een verschillend gedrag in het veld, maar als gevolg van een beoogde privatisering en de te kort schietende kwaliteit van de wetgeving.

Acht de initiatiefnemer deze ongelijke behandeling op grond van de door de wetgever veroorzaakte omstandigheden redelijk?

2. De inwerkingtreding van de artikelen met betrekking tot de keuringen ten behoeve van de levensverzekerings- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen is niet direct gewenst op grond van de niet eenduidige

begrippen, o.m. in de artikelen 3, eerste lid en lid 2a en b. Gedacht wordt aan:

- onevenredige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer
- onderzoek specifiek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze voorhanden is
- onderzoek dat anderszins een onevenredig zware belasting met zich meebrengt.

Kan de initiatiefnemer zich voorstellen dat de gesignaleerde onduidelijkheden op zich al een belemmering vormen om met het wetsvoorstel te kunnen instemmen? Met andere woorden, is de kwaliteit van het wetsvoorstel niet een verantwoordelijkheid van de wetgever. Wordt deze nu wel overgelaten aan zelfregulering?

3. Heeft de initiatiefnemer intussen ook kennis kunnen nemen van de brief van de R.C.O. van 13 december 1996, waarin de verdere deelneming aan de (vervolg) activiteiten in het kader van het Protocol Aanstellingskeuringen, waaronder de instelling van een klachtenprocedure, wordt opgezegd?

Heeft de initiatiefnemer zich dit wel voldoende gerealiseerd (de R.C.O. had hiervan reeds geargumenteed mededeling gedaan vóór de plenaire behandeling van het initiatiefwetsvoorstel in de Tweede Kamer), en op welke wijze denkt hij nu verder te gaan?

4. Zou het mogelijk zijn door eveneens een latere inwerkingtreding van de artikelen met betrekking tot de aanstellingskeuringen alsnog de zelfregulering kansen te geven?

De leden van de CDA-fractie zijn zich ervan bewust, dat ook in het CDA-verkiezingsprogramma van 1994 een artikel over de noodzaak van een verbod voor een gericht erfelijkheidsonderzoek als voorwaarde voor de toegang tot een verzekering of de toegang tot de arbeidsmarkt is opgenomen. Het ten onrechte gebruikmaken van genetische kennis dient te worden voorkomen. Aan het recht op niet weten moet grote waarde worden toegekend.

Het is voor het CDA en zijn leden echter eveneens een uitgangspunt, dat de verantwoordelijkheid in eerste instantie wordt gelegd waar deze thuishoort: voor het in acht nemen van de noodzakelijke zorgvuldigheid bij keuringen – onderdeel van het sociaal beleid bij ondernemingen – bij de sociale partners. Alleen bij strikte onvermijdelijkheid – het niet nakomen van hun verantwoordelijkheden – dient wetgeving het beoogde af te dwingen. Naar het beste weten van deze leden – kennis genomen hebbende van alle inspanningen van betrokken partijen – is dit moment nog niet aangebroken. Is de indiener van mening dat betrokkenen hun verantwoordelijkheid onvoldoende hebben waargemaakt, ongeacht het uiteraard niet kunnen afdwingen van naleving van de afspraken en het ontbreken van een handhavingsmechanisme?

Deze leden hebben bijv. risico-selectie als gevolg van de in werking-treding van Wulbz voorzien als een uiteraard niet beoogd, maar wel begrijpelijk effect. Kan de indiener zich voorstellen dat – bij beperkingen in het kader van de aanstellingskeuringen – deze risico-selectie zich zal verplaatsen naar een eerdere fase in de selectie-procedure, waardoor chronisch zieken en gehandicapten in een nog nadeliger positie komen te verkeren? Of kan de indiener de vrees hiervoor bij deze leden wegnemen? Is er enig onderzoek, waaruit wat dit betreft, lering kan worden getrokken?

Is voorts de grote afstand tussen de norm en de praktijk (rapport N.I.P.G./T.N.O.-1191) intussen niet beduidend afgenomen?

Tenslotte zijn deze leden, mede gelet op de uitwerking van de Arbowet minder negatief over keuringen, die beogen de draagkracht van een werknemer vast te stellen. Dat kan ook in het welbegrepen belang zijn van gehandicapten en ouderen.

De leden van de CDA-fractie wilden nog gaarne vernemen waarom de

instelling van onafhankelijke klachtencommissies niet verplicht is gesteld (artikel 13, eerste lid).

Ook na de uiteenzettingen met betrekking tot de verhouding tot de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (W.G.B.O.) blijven deze leden nog enkele vragen houden.

1. Is de in het wetsvoorstel beoogde medische keuring nu een geneeskundige behandeling in de zin van de desbetreffende artikelen van de W.G.B.O.?

2. Zijn de bepalingen van de W.G.B.O. rechtstreeks of eventueel analoog van toepassing?

3. Heeft de keurling recht op inzage van het verslag dat van de keuring wordt opgemaakt?

4. Is op de geneeskundige die de keuring verricht het medisch tuchtrecht nu wel of niet van toepassing?

Een andere vraag is nog hoe de positie van het (semi) overheids-personeel nu exact is geregeld. Blijft deze belangrijke groepering buiten beschouwing?

Naar aanleiding van een recent ontvangen brief van het Verbond van Verzekeraars, die ernstige bedenkingen heeft tegen bepaalde onderdelen, wilden de leden van de CDA-fractie nog de navolgende vragen stellen. Een adequate beantwoording door de initiatiefnemer achten deze leden mede van belang voor het eindoordeel over dit wetsvoorstel.

Wat is de zin van het verbod op het verrichten van medisch onderzoek en op het vragen over de gezondheidstoestand van de keurling in verband met het aangaan van een individuele pensioenvoorziening/arbeidsongeschiktheidsverzekering, waarop de Pensioen- en Spaarfondsenwet van toepassing is?

Dit verbod bestaat in andere, overeenkomstige situaties niet en is ook in strijd met de gedane uitspraken in de Tweede Kamer, dat de initiatiefnemer het keuringsverbod alleen zou willen laten gelden voor collectieve pensioen- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Zal zelfselectie hierdoor niet worden bevorderd?

Zou een afbakening tussen het begrip collectief/individueel ook gevonden kunnen worden in het nu reeds gehanteerde onderscheid tussen B-, respectievelijk C-polis?

Een volgende vraag betreft de voorwaarden waaronder een HIV-test mag worden gevraagd, nl. bij een verzekering met een periodieke uitkering die hoger is dan 70% van het inkomen.

Welk inkomensbegrip wordt hier gehanteerd en moet dit niet duidelijk zijn om interpretatieverschillen te voorkomen? Geldt er geen maximum?

Gaat het voorts om het inkomen van de kandidaat-verzekerde of van de verzekeringsnemer?

Is het waar dat artikel 4, zesde lid bij toepassing op bestaande verzekeringsovereenkomsten tot uiterst ongewenste situaties kan leiden, waarvan in de ook aan de initiatiefnemer bekende brief diverse voorbeelden worden gegeven? Geldt dit artikel trouwens ook voor de pensioenfondsen?

Kan de initiatiefnemer nog eens ingaan op het van het moratorium erfelijkheidsonderzoek afwijkende artikel 5? Worden verzekeraars hierdoor nu onevenredig beperkt bij de risico-beoordeling en was dat de bedoeling?

Heeft de initiatiefnemer overleg gehad met de internationale herverzekeraars over de consequenties van zijn wetsvoorstel voor de mogelijkheid tot herverzekering door in Nederland gevestigde verzekeraars?

Kan de initiatiefnemer zich de vrees van de in Nederland gevestigde verzekeraars voorstellen dat bij ontbrekende mogelijkheden om tot een adequate risico-beoordeling te kunnen komen deze risico's niet meer aan de internationale herverzekeraars in herverzekering kunnen worden gegeven?

Artikel 1 onder a slotzin («met betrekking tot een in Nederland gelegen risico») leidt tot vragen over de uitleg hiervan en de aansluiting in Europees verband. Kan de initiatiefnemer op het vraagstuk van de aanzuigende werking van slechte risico's uit andere lidstaten dan Nederland in dit kader nog eens nader ingaan?

De leden van de **PvdA**-fractie hadden waardering voor het voorliggende wetsvoorstel waarvan zij de intenties van harte ondersteunden. Te vaak, zo meenden zij, wordt medische selectie gebruikt om mensen te weerhouden van sociaal-economische deelname aan onze samenleving. De voorspelbaarheid van medisch onderzoek voor het risico arbeidsongeschiktheid zou, zo meenden deze leden, ook meer genuanceerd moeten worden genaderd. Medische factoren zijn immers slechts «een factor», psychische factoren, die compenserend kunnen optreden, zeker waar het arbeidsdeelname betreft, worden daarbij over het hoofd gezien.

De toename van aanstellingskeuringen – en afkeuringen – sinds het in werking treden van de WULBZ vervulden hen dan ook met zorg. De invalshoek dat ook mensen met een medisch risico in staat moeten worden gesteld deel te nemen aan de arbeidsmarkt en aan het economisch verkeer (bijvoorbeeld het kunnen kopen van een huis met een levensverzekeringbescherming) was basis voor deze positieve houding.

Eenzelfde positieve houding hadden deze leden eveneens voor het moratorium erfelijkheidsonderzoek van de levensverzekeraars. Zij deelden echter de opvatting dat een wettelijke regeling noodzakelijk was; in een wettelijke regeling zoals onderhavige wordt immers niet alleen de verhouding tussen verzekeringsnemer en verzekeraar geregeld – en er blijft aandacht voor zelfregulering in artikel 9 – maar ook de toetreding tot de arbeidsmarkt: de aanstellingskeuringen alsmede de onafhankelijke positie van de arbo-arts.

Desalniettemin leek het deze leden wenselijk dat de verhouding tussen het moratorium en onderhavig wetsvoorstel helder zou zijn. Zij hadden begrepen dat het wetsvoorstel beoogt aan te sluiten bij deze zelfregulerende afspraken, maar zij hadden de indruk dat de wettekst inhoudelijk niet volledig spoort met deze tekst. Kan worden aangegeven waarom de wettekst afwijkt (artikel 5, lid in), bijvoorbeeld op het punt van vragen in de (familie)anamnese naar hoge bloeddruk en onderzoek op suikerziekte? Het moratorium spreekt immers – evenals artikel 3 van het wetsvoorstel – van een verbod op vragen naar in de familie voorkomende ernstige onbehandelbare ziekten; in artikel 5 komt een dergelijke nadere definiëring niet voor en wordt alleen gesproken over «de erfelijke aanleg voor ziekten» zonder de toevoeging «waarvoor geen geneeswijze voorhanden is dan wel waarvan de ontwikkeling niet door medisch ingrijpen kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden».

Met de indiener van het wetsvoorstel meenden de leden van de PvdA-fractie dat de in gang gezette en verdergaande privatisering van de sociale zekerheid een wettelijke regeling met betrekking tot de toegankelijkheid van aanvullende verzekeringen goed motiveerde. De tekst uit de

memorie van toelichting met betrekking tot artikel 4 wekt ook de indruk dat het de indiener met name om verzekeringen ter vulling van deze «gaten» te doen is. Het vierde lid ziet op de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen die bij de veranderende voorzieningen in het wettelijk sociaal verzekeringsstelsel gewenst zijn. Echter in artikel 4 (en 5) is de reikwijdte aanzienlijk groter.

De aangehaalde tekst van de memorie van toelichting wekt de indruk dat excedentenverzekeringen (zoals bijvoorbeeld in geval van arbeidsongeschiktheid, boven het maximumdagloon) niet onder de wet zouden vallen; de wettekst zelf is aanzienlijk ruimer. Wordt dat inderdaad beoogd?

Met betrekking tot dergelijke verzekeringen wordt geen overgangsrecht aangegeven. Moesten deze leden begrijpen dat de wet alleen betrekking heeft op nieuwe verzekeringen of is hier ook sprake van terugwerkende kracht in die zin dat voor reeds afgesloten verzekeringen bij arbeidsongeschiktheid waarin op medische gronden een uitsluitingsclausule is opgenomen een dergelijke uitsluiting zou moeten vervallen? Gezien de kennelijk bestaande vrees daarvoor bij de verzekeraars leek het deze leden noodzakelijk dat duidelijk is dat een dergelijke terugwerkende kracht niet uit deze wet voortvloeit en er dus bij inwerkingtreding van deze wet binnen lopende verzekeringscontracten geen wijzigingen behoeven plaats te vinden.

De leden van de PvdA-fractie meenden dat een verwijzing naar de PSW in artikel 4 in het wetsvoorstel een goede, maar niet alles verhelderende verwijzing is. Kennelijk wordt hiermee beoogd te bepalen dat het gaat om een verzekering waarvoor de werkgever de keuze maakt en verantwoordelijk is. Daarmee zou het dan immers te allen tijde gaan om een collectiviteit, waardoor enige verevening binnen de groep ter mitigering van eventuele zelfselectie mogelijk is. Nu kunnen collectiviteiten zelf al zeer klein zijn. Maar belangrijker nog is dat de PSW niet alleen gaat over collectieve regelingen vanwege de werkgever, maar ook individueel door de werknemer afgesloten pensioenvoorzieningen (de zogenaamde c-polissen) betreft. Een recente wijziging van de PSW breidde deze wet uit tot volledig door de werknemer zelf gekozen en betaalde individuele verzekeringen. Waar de DGA's van de bescherming van deze wet bewust zijn uitgesloten, bevreesdde het deze leden dat andere individuele, door de werknemer te kiezen en betaalde verzekeringen wel volledig onder het keuringsverbod zouden vallen. Het risico van auto-selectie is hier immers groot, het kan dus een premie-opdrijvend effect hebben. Als het inderdaad de bedoeling is de verzekeringsmogelijkheden voor de gewone werknemer te vergroten, waar het gaat om het vullen van de gaten die de wetgever in het sociale zekerheidssysteem heeft gecreëerd, is het, zo meenden de leden van de PvdA-fractie, wrang wanneer als gevolg van zeer ruime toetredingsmogelijkheid voor individuele personen ongezien het inkomen de premies fors kunnen stijgen.

Ware het niet wenselijk geweest, zo vroegen deze leden, de mogelijkheid tot zelfselectie iets verder in te perken? Waarom bijvoorbeeld zijn de zogenaamde c-polissen onderwerp van deze wet? Een beperking tot de b-polissen (die immers altijd nog vanwege de werkgever worden afgesloten) zou toch in de rede hebben gelegen?

Een grens met betrekking tot het verzekerde bedrag – bedoeld is immers de sociale verzekeringsgaten te dichten – zou voor dergelijke onder de PSW vallende individuele verzekeringen toch ook in de rede hebben gelegen, meenden deze leden. Waarom is daaraan geen aandacht besteed?

In het kader van de zelfselectie achtten de leden van de PvdA-fractie de bepaling met betrekking tot de inkomensgrens in artikel 5, tweede lid, ook onhelder. Graag zagen zij op deze bepaling een nadere motivering.

Waarom is gekozen voor een vrij precieze normering van 60% van een niet nader omschreven en zeer breed begrip? Het leek deze leden een vorm van schijnexactheid. Welk inkomen wordt hiermee bedoeld? Juist nu we in de sociale zekerheid in brede zin zoveel verschillende inkomensbegrippen hanteren, zoals belastbaar inkomen, bruto winst, daglonen en wat al niet, ware het toch wenselijk geweest hier tenminste aan te geven welke grens wordt bedoeld. Problematisch daarbij is echter ook nog dat controle op het inkomen voor een verzekeraar zo goed als onmogelijk is. Het percentage van 60 wekt de indruk dat hiermee beoogd wordt aansluiting te zoeken bij de wettelijke sociale zekerheid, maar daar wordt het percentage afgeleid van een zeer strikt omschreven inkomensbegrip, wat voor bijvoorbeeld zelfstandigen niet te hanteren is.

De wettekst biedt nu de mogelijkheid een verzekering aan te gaan voor zeer aanzienlijke bedragen, terwijl het risico bij de verzekeringsnemer zelf bekend is of reeds is ingetreden, zodat er nauwelijks termijnen premie betaald behoeven te worden om de uitkering te ontvangen. Dit nu achtten deze leden uitnodigend voor calculerend gedrag van hogere inkomensgroepen ten koste van de premie voor andere verzekeringsnemers. Ook de verhouding tussen een eenmalige uitkering van 3 ton en een periodieke uitkering waarvan de verzekerde som een veelvoud kan betekenen, vonden deze leden niet evenwichtig. In het moratorium van de verzekeraars, waar bij periodieke uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid uitgegaan wordt van een eerste jaars bedrag van 60 000 en een vervolguitkering (in latere jaren is er immers thans de AAW en straks de WAZ, waarmee het minimum wordt gedekt) van 40 000 gulden is bewust gekozen het verzekerde bedrag bij periodieke uitkeringen én redelijk te laten aansluiten bij de bescherming die de sociale verzekering werknemers bood en niet al te ver naar boven te laten afwijken van de bedragen zoals genoemd voor een éénmalige uitkering. Zoals thans de wet ligt kan het bij periodieke bedragen, zonder risico-inschatting, gaan om verzekerde bedragen van vele tonnen tot meerdere miljoenen. Het premie-opdrijvend effect van dergelijke niet te calculeren hoge risico's zal ten nadele werken van zelfstandigen en burgers die «slechts» de voorheen door de sociale verzekering gedekte gaten willen dekken. Het «gat» van het vervallen van de AWW bijvoorbeeld bedraagt nog geen 30 000 gulden. Met de voorliggende wettekst is het mogelijk een verzekering voor een uitkering bij overlijden af te sluiten van een veelvoud van dit bedrag, ook als betrokkene zelf weet dat uitbetaling op korte termijn voor een lange periode waarschijnlijk is. Graag hadden deze leden een nadere motivering waarom dergelijk calculerend gedrag bij particuliere verzekeringen mogelijk wordt gemaakt, terwijl juist op het terrein van de sociale verzekering altijd is getracht (door inkomensgrenzen en door bepalingen dat geen uitkering bij arbeidsongeschiktheid wordt verstrekt als de arbeidsongeschiktheid al bestond voor aanvang van de verzekering of dat een nabestaandenuitkering wordt verstrekt als overlijden binnen een jaar na huwelijk/samenwonen te voorzien was) dergelijk gedrag te voorkomen in het belang van alle verzekerden.

De leden van de PvdA-fractie begrepen uit de tekst van artikel 1 dat met de bepaling, dat het moet gaan om keuringen bij verzekeringen tot een in Nederland gelegen risico, beoogd wordt verzekeringstoerisme uit te sluiten. Toch hadden zij vragen bij deze formulering. Moeten zij hieruit begrijpen dat «arbeidsongeschikt worden» plaats vindt in het land waar men werkt en overlijdt in het land waar men woont, tenzij het gaat om een collectieve verzekering vanwege de werkgever? Graag kregen zij een nadere uitleg.

Een laatste vraag die deze leden nog naar voren wensten te brengen betreft de problematiek van de herverzekering van risico's aangegaan door (kleine) verzekeringsmaatschappijen. Overigens, als het gaat om

grote verzekerde bedragen (zoals bijvoorbeeld periodieke uitkeringen bij ouderdom en overlijden gebaseerd op een hoog inkomen) is het eigen behoud altijd beperkt en is herverzekering geboden. De verzekeraars vrezen bij de wet zoals deze thans is geredigeerd problemen te zullen krijgen bij de mogelijkheid het risico her te verzekeren. In dat geval zou de wet in plaats van grotere mogelijkheden tot het verzekeren van het risico van arbeidsongeschiktheid, ouderdom en overlijden minder mogelijkheden bieden. Is over deze problematiek contact geweest met verzekeraars en wat is de reden geweest hieraan zo weinig aandacht te schenken?

De leden van de PvdA-fractie vreesden dat de door hun gesignaleerde problemen en onduidelijkheden de beoogde positieve werking van deze wet ernstig zou kunnen schaden en hoopten dat de indiener hun ongerustheid op de genoemde punten zou kunnen wegnemen.

D66

De leden van de fractie van **D66** deelden mee positief te staan ten aanzien van het onderhavige wetsvoorstel dat beoogt de rechtspositie van hen die een medische keuring (moeten) ondergaan te versterken. Deze leden achten het van groot belang dat wettelijke waarborgen geschapen worden, juist nu de sociale zekerheid deels geprivatiseerd wordt.

Na de uitvoerige behandelingen in de Tweede Kamer hebben de leden van **D66** nog slechts een enkele vraag. Hoe staat het met de klachtenregeling van het protocol aanstellingskeuringen? Is die inmiddels via zelfregulering tot stand gekomen?

SP

Het lid van de **SP**-fractie had kennis genomen van het wetsvoorstel en deelde mee zich in grote lijnen met het wetsvoorstel te kunnen verenigen.

Dit lid stelde vast dat aanstellingskeuringen op basis van het wetsvoorstel alleen toegestaan worden als aan de vervulling van een functie specifieke eisen worden gesteld op het punt van de medische geschiktheid.

Hij stelde voorts vast dat er in de Tweede Kamer een nauw verband is gelegd tussen deze wet en de Pemba. De onderhavige wet zou moeten worden gezien als een flankerende maatregel met name om mogelijke negatieve gevolgen van de Pemba en trouwens ook van de WULBZ tegen te gaan.

Alhoewel door deskundigen (o.a. prof. de Kort te Nijmegen, 1993, het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde en TNO 1993) het nut van aanstellingskeuringen wordt betwijfeld, blijken in de praktijk aanstellingskeuringen te fungeren als middel tot selectie van werknemers op het risico van ziekteverzuim.

Hij verwees in dit verband naar een onderzoek van TNO onder bedrijfsartsen in 1996, naar een brief aan de vaste commissie VWS en Sociale Zaken en Werkgelegenheid uit de Tweede Kamer van de Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen, naar de resultaten van de telefonische meldlijn van de FNV en de NCCZ, en de onderzoeksresultaten van het ZARA-panel.

Zou niet een gevolg van het wetsvoorstel kunnen zijn, dat bij het totstandkomen van een verbod op aanstellingskeuringen er meer gebruik gemaakt zal gaan worden van de proeftijd en tijdelijke contracten om op die manier het risico te beperken?

Is de indiener van het wetsvoorstel niet van mening dat bij aanvaarding van het wetsvoorstel er ondanks een verbod daartoe toch een verschuiving zal optreden naar de sollicitatiefase, en daar over een

kandidaat een «medisch» oordeel wordt geveld zonder een medicus? Hoe is te controleren of er tijdens sollicitatiegesprekken toch niet vragen over ziekte worden gesteld? Acht de indiener het reëel dat de sollicitant, nu de klachtenprocedure – vooralsnog, zie hieronder – van de baan is, naar de rechter gaat?

Een belangrijk punt in het wetsvoorstel is de zelfregulering. De sociale partners kunnen eerst zelf proberen te komen tot afspraken. Artikel 14 van het wetsvoorstel gaat uit van een periode van drie jaar. Werkgevers (RCO, VNO/NCW, MKB, LTO) hebben inmiddels hun medewerking aan het totstandkomen van een protocol aanstellingskeuringen gestaakt, juist vanwege het aanvaarden door de Tweede Kamer van het onderhavige wetsvoorstel. Moet nu in deze situatie toch drie jaar gewacht worden en kan eerst daarna de wet effectief worden of is er nu reeds sprake van een impasse die noodzaakt tot het nu treffen van de in artikel 14 genoemde algemene maatregel van bestuur? Kan de indiener vervolgens aangeven wat de verdere gevolgen zijn van deze opstelling van de werkgevers. Komt er ook geen klachtenprocedure?

Tenslotte voor wat betreft de aanstellingskeuringen de vraag wie er nu uiteindelijk bepaalt voor welke functie er wel en niet mag worden gekeurd (artikel 4, eerste lid)?

Het lid van de SP-fractie merkte op dat verzekeraars van de voortschrijdende medische technologie dankbaar gebruik maken om hun risico's te beperken en als gevolg daarvan verzekerden uit te sluiten of hoge(re) premies te vragen.

Was de indiener het daarom niet met hem eens dat aldus een tweedeling dreigt tussen de groep aantrekkelijke verzekerden en de – steeds groter wordende – groep risicovolle verzekerden?

Het lid van de SP-fractie wenste vervolgens de volgende vraag te stellen. Op grond van het wetsvoorstel zijn boven de vragengrens HIV-testen toegestaan. De op te nemen gedragscode HIV maakt het mogelijk dat ook onder de vragengrens wordt getest indien de vragen daartoe aanleiding geven. Inmiddels zijn er steeds betere medicijnen beschikbaar waardoor ook HIV-patiënten gedurende een langere periode gezond blijven. Kan de indiener verduidelijken waarom juist de groep HIV-patiënten wordt genoemd? Bestaat niet het risico dat mensen zullen afzien van het ondergaan van zo'n test terwijl anderzijds hun belang bij genezing er juist mee is gediend dat men in een zo vroeg mogelijk stadium kennis heeft van een eventuele besmetting?

Het lid van de SP-fractie wilde tenslotte wijzen op de moeilijke toegang van chronisch zieken tot verzekeringen, dit vooral vanwege de hoge premies die worden gevraagd. Zo is het bekend dat diabetici door toepassing van preventieve maatregelen (zoals een goede instelling) langer zonder bijverschijnselen blijven. Vermelding op de vragenlijst van het aantal spuiten verraadt de omvang van het risico en leidt in de praktijk tot hoge premies, die 150% tot soms 1000% liggen boven de premies van gezonde mensen.

Zijn de indiener van het wetsvoorstel cijfers bekend omtrent de premies die door chronisch zieken moeten worden betaald?

Ziet de indiener – ofschoon het onderhavige wetsvoorstel daar niet over gaat – mogelijkheden hier iets tegen te doen, bijv. via standaard-vragenlijsten, protocol, of een aparte wettelijke regeling?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport verzochten de initiatiefnemer tenslotte de brief van het Verbond van Verzekeraars, geformuleerd als bijdrage van een denkbeeldige fractie¹, van zijn commentaar te voorzien.

De voorzitter van de commissie,
Ter Veld

De griffier van de commissie,
Nieuwenhuizen

¹ Ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffienr. 119 141.3.