

Vergaderjaar 1995–1996

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)

Nr. 13

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 3 november 1995

1. Algemeen

De fracties die zowel in het hoofdlijnen debat als in het Verslag steun hebben betuigd aan het initiatief om tot een wettelijke regeling van de medische keuringen te komen, wil ik daarvoor graag bedanken. Ik hoop uiteraard dat ook de fracties die een andere mening zijn toegedaan, zich alsnog achter het initiatief zullen willen scharen. Het gaat hier om een voor vele burgers van ons land belangrijke aangelegenheid en om een indringend algemeen maatschappelijk vraagstuk omdat verdelingen in de samenleving, in casu een verdeling op grond van gezondheidstoestand of aanleg voor ziekte, zoveel mogelijk moeten worden voorkomen. Ik wil hier met nadruk aan toevoegen dat de noodzaak van het initiatief-wetsvoorstel alleen maar is toegenomen vanwege het inmiddels bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel inzake de privatisering van de Ziektewet. Aspirant-werknemers lopen het risico strenger geselecteerd te worden op gezondheid, hetgeen overigens in de huidige praktijk al gebeurt. Dat hier voor de overheid een verplichting ligt om de negatieve effecten van die privatisering weg te nemen, staat voor mij buiten kijf.

Van verschillende zijden, met name de fracties van de VVD en het CDA, is de vraag gesteld naar de feitelijke situatie met betrekking tot keuringen en het onderzoek daarnaar. Omdat de achtergrond van deze vraag de wenselijkheid van het wetsontwerp in verband met ongewenste toestanden betreft, wordt in dit algemeen deel een overzicht gegeven van de gegevens over de praktijk van de keuring.

In 1993 verscheen het rapport van het in opdracht van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid verrichte onderzoek «De praktijk van de medische aanstellingskeuringen in 1988 en 1992», uitgevoerd door NIPG/TNO. Uit dat onderzoek bleek dat in 1992 de keuringspraktijk evenals in 1988 in belangrijke mate afweek van de gewenste situatie en ook van het door de regering geformuleerde standpunt. De meeste bedrijven maakten geen onderscheid naar functies waarvoor werd gekeurd, laat staan dat alleen functiegerichte keuringen werden gedaan. Ook werden vragen gesteld die niet op de functie van de sollicitant betrekking hadden. Dit ondanks het regeringsstandpunt en de richtlijnen van de KNMG en van de Ned. Vereniging voor Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

Het onderzoek werd in 1993 herhaald door de Loontechnische dienst van het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993, 1994). Daarbij bleek dat bij het aanstellen van nieuwe medewerkers vaker gebruik wordt gemaakt van de aanstellingskeuring, met name bij middelgrote ondernemingen. In 1993 werden op de honderd in dienst genomen mensen 56 keuringen verricht tegen 18 per honderd in 1991. Ondanks de discussies over dit onderwerp en de inspanningen om tot een protocol aanstellingskeuringen te komen, ging de ontwikkeling precies in de ongewenste richting.

In het rapport «Een jaar terugdringing ziekteverzuim» (College van toezicht sociale verzekeringen, 1995) komt ook de risico-selectie voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bij aanstelling aan de orde. Geschiedde voor de invoering van de TZ deze niet binnen de richtlijnen aanstellingskeuringen vallende selectie reeds bij 47% van het bedrijfsleven, in november 1994, nog geen jaar na de inwerkingtreding van de TZ, was dit percentage reeds gestegen tot 57% met een verwachting van verdere stijging tot 63%; 10% van de bedrijven overwoog deze risico-selectie in te voeren.

In het rapport «Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt» (College van toezicht sociale verzekeringen, 1995) wordt een verdere analyse gegeven van risicoselectie op basis van gezondheids- en verzuimrisico. Uit dit rapport blijkt dat een dergelijke selectie van werknemers steeds vaker, bewuster en openlijker wordt toegepast. Ook wordt gewezen op de toename van de zogenoemde preselectie waarbij door het opnemen van gezondheidsvragen in het sollicitatieformulier en door vragen naar verzuim- en gezondheidsproblemen al vóór de aanstellingskeuring op informele wijze op verzuimrisico's wordt geselecteerd. Instroomselectie op basis van het arbeidsongeschiktheidsverleden is na de invoering van de TZ opgelopen tot ongeveer 25%, terwijl 8% een dergelijke selectie overweegt. Het aantal door bedrijfsartsen afgekeurde sollicitanten is toegenomen van 1,8% in 1991 naar 5% in 1993, terwijl het aantal afkeuringen door huisartsen respectievelijk 1,4% en 1,2% bedroeg. Als mogelijke verklaring wordt vermeld dat bedrijfsartsen tegenwoordig meer zouden keuren vanuit het werkgeversbelang, hetgeen versterkt zou worden door de concurrentie tussen Arbodiensten die bang zouden zijn als «te slap keurend» te worden beschouwd. Het rapport komt tot de conclusie dat voor sollicitanten de wettelijke bescherming tegen selectie c.q. discriminatie op basis van gezondheid of verzuimrisico bij sollicitatie nihil is en voor de werkgever de vrijheid om naar believen te selecteren op vermeend verzuimrisico zeer groot.

In 1995 werd het rapport «Chronisch zieken (on)beperkt aan het werk» gepubliceerd. Het onderzoek werd verricht door de afdeling Gezondheidspsychologie van de Rijksuniversiteit te Leiden in opdracht van de Ministeries van SoZaWe en VWS. Daaruit bleek dat chronisch zieken weinig kans hebben op werk, ook al zijn zij in staat de functie te verrichten. Solliciteren, aldus de chronisch zieken zelf, levert weinig op. Als zij hun chronische ziekte melden, dan hebben allen negatieve ervaringen. Ook de leidinggevenden van kleine bedrijven geven chronisch zieken weinig kans; in grote bedrijven worden chronisch zieken van wie de ziekte de uitvoering van de functie niet belemmert, in de praktijk vaak niet aangenomen waarbij oneigenlijke argumenten worden gebruikt. Sociaal-geneeskundigen melden dat werkgevers van hen steeds meer risico-selectie verwachten en vermoeden dat chronisch zieken zelfselectie toepassen. Dat chronisch zieken door eigen en andermans ervaringen niet meer solliciteren, wordt ook in patiëntenkringen veelvuldig gesignaleerd.

De onderzoeken tonen een steeds groter wordende afstand tussen de door alle, ook in het protocol aanstellingskeuringen deelnemende, betrokkenen aanvaarde normen en de praktijk aan. Ook de klachtenlijn van het Breed Platform Verzekeringen van 11 tot 14 april 1994 over o.a. de

toegang tot werk leverde een groot aantal klachten op. De algemene overeenstemming over de functiegerichtheid van de aanstellingskeuring en de richtlijnen van de betrokken beroepsgroepen hebben weinig effect, dit ondanks het feit dat daarover al ongeveer twee decennia lang wordt gesproken. Ook de bevinding van het RIVM in «Een verkenning van voorspellend medisch onderzoek in keuringssituaties» (1993), bevestigd door de Gezondheidsraad in «Keuren en voorspellen» (1993) dat, afgezien van functiegerichte keuringen, de voorspellende waarde van aanstellingskeuringen gering is, blijkt geen invloed te hebben. Voorts blijkt thans uit onderzoek dat de maatregelen in het kader van de wet TZ en waarschijnlijk ook ten aanzien van de WAO een oneigenlijk gebruik van aanstellingskeuringen bevorderen.

Gezien al deze feiten ligt het dan ook voor de hand dat een belangrijk deel van de bij het protocol aanstellingskeuringen betrokken organisaties, patiëntenverenigingen, bij wie veel klachten binnenkomen, en vele anderen voor een wettelijke regeling pleiten. Ook in het Publiek Debat Voorspellend Genetisch Onderzoek (1995) kwam de keuring aan de orde. In de slotverklaring werd gesteld dat bij aanstellingskeuringen alleen functiegerichte eisen mogen worden gehanteerd en dat de naleving ervan gecontroleerd moet worden.

De fractie van de VVD heeft nog gevraagd of de indiener een verklaring kan geven voor de huidige praktijk bij aanstellingskeuringen in het licht van de bevindingen van Dr. W. de Kort en het RIVM over het rendement van aanstellingskeuringen. Het verbaast mij zeer dat gezien de geringe voorspellende waarde van aanstellingskeuringen die uit de genoemde bevindingen blijkt, werkgevers niettemin dergelijke keuringen blijven laten uitvoeren hetgeen tot onnodige kosten leidt. Een verklaring voor een dergelijk gedrag heb ik niet. Waarschijnlijk zijn werkgevers nog onvoldoende op de hoogte van de onderzoeksbevindingen en van het onderscheid tussen functiegerichte en andere keuringen en worden zij geleid door irrationele verwachtingen over die andere keuringen.

Ten aanzien van verzekeringskeuringen zijn geen onderzoeksrapporten beschikbaar. Maar ook hier worden regelmatig klachten gehoord; zo kwamen bij het Breed Platform verzekeringen in 1993 128 en 1994 69 klachten over verzekeringen binnen. De Verzekeringslijn van de Consumentenbond (januari 1994) rapporteerde 299 klachten over verzekeringen op leven/lijfrente/koopsom en 134 over arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Van het totaal aantal klachten (dus inclusief andere verzekeringen) hadden 274 (9,2%) betrekking op de acceptatie. Naar mijn stellige indruk komen bij verzekeringen klachten vaak niet naar voren omdat men terwille van het belang van het kunnen sluiten van de verzekering keuring wel moet accepteren. Verder is er het verschijnsel van zelfselectie, inhoudende dat (chronisch) zieken vanwege ervaringen van anderen aan het aanvragen van een verzekering niet beginnen. Dit wordt in de patiëntenverenigingen veelvuldig gehoord. Velen dringen ook ten aanzien van de verzekeringskeuringen op wettelijke regeling aan.

De leden van de VVD-fractie menen dat het negatieve effect op de individuele gezondheidszorg van het vragen naar eerder verricht medisch onderzoek niet overschat mag worden. Zij vermoeden dat mensen die reden hebben te veronderstellen dat zij een medisch onderzoek behoeven hoogst zelden om de door de indiener aangegeven reden hiervan af zullen zien. Zij vragen of er onderzoeksgegevens zijn die de stelling van de indiener kunnen staven. Op die vraag moet ik ontkennend antwoorden. Uit het contact dat ik hierover heb opgenomen met de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties betrokken bij erfelijke en/of aangeboren afwijkingen (VSOP), is gebleken dat er tot op heden geen systematisch onderzoek verricht is op het effect op de individuele gezondheidszorg van het vragen naar eerder verricht onderzoek. Wel zijn

volgens de VSOP de klinisch genetici in ons land door persoonlijke ervaringen in hun beroepspraktijk bekend met deze negatieve effecten. In de mondelinge en vertrouwelijke sfeer blijkt het aantal reacties echter veel groter. Dit wijst er op dat mensen hun problemen niet eens durven melden omdat de materie uiterst gevoelig ligt. Het is hierdoor dan ook niet eenvoudig om negatieve effecten te onderzoeken. Daar komt bij dat mensen die niet eens de gang naar een klinisch geneticus maken omdat zij zich uit angst voor de sociale-maatschappelijke consequenties niet willen laten testen, dit niet snel bij klinisch genetische centra of elders melden. Een laag aantal gemelde problemen rechtvaardigt dan ook niet de conclusie dat er geen nadelige gevolgen zijn voor de individuele gezondheidszorg.

Ik wil echter de indruk vermijden dat getallen de doorslag zouden geven. De noodzaak van een wettelijke regeling wordt niet bepaald door de omvang van feitelijke misstanden, maar berust met name op de waarborgfunctie van de wetgever waar fundamentele rechten van mensen in het geding zijn, zoals hierna nog aan de orde zal komen. Die waarborgfunctie is wezenlijker dan getallen zijn.

De verhouding tussen wettelijke regeling en zelfregulering speelt in de discussie een belangrijke rol en is ook in het hoofdlijnen debat op 7 en 8 februari 1995 en in het Verslag aan de orde gesteld. Afgezien van het feit dat er alle reden voor wettelijke regeling is vanwege de discrepantie tussen norm en feiten, zoals hierboven beschreven, kan ook over zelfregulering en overheidsregulering als zodanig het nodige worden opgemerkt.

Het lijkt geen twijfel dat met name ten aanzien van het overheidsbestuur in de afgelopen decennia een overdadige en ondoelmatige regelgeving is tot stand gekomen. Het verlangen naar deregulering is met name door dat verschijnsel in het overheidsbestuur opgeroepen. Het dereguleringsargument moet echter genuanceerd per sector worden bekeken. Er zijn sectoren in de samenleving waar het overreguleringsverschijnsel zich niet voordoet. Een daarvan betreft de positie van het individu in de gezondheidszorg en bij het toepassen van medisch technieken buiten de gezondheidszorg. Daar kan van onderregulering worden gesproken. Het is naar mijn opvatting derhalve niet juist deregulering ongenueanceerd als argument te gebruiken. Gebeurt dat terecht in de bestuurlijke sector – waar overigens nauwelijks wetten verdwijnen en het wetgevingsproces gewoon doorgaat –, anders ligt het ten aanzien van medische keuringen.

Daar komt bij dat bij medische keuringen grondrechten van mensen aan de orde zijn, zoals door de fracties van de PvdA en de SGP terecht is benadrukt. Bij de grondrechten heeft de overheid een positieve beschermingsplicht, ook als die grondrechten aan de orde zijn in privaatrechtelijke verhoudingen, zoals ook uit de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens blijkt.

Ingaand op een vraag van de fractie van de SGP, merk ik op dat er in het recht vaak sprake is van een belangenafweging. Doch die belangenafweging is niet geheel vrij. De wetgever heeft de onderlinge verhouding tussen waarden en normen in het oog te houden en is gebonden aan de rangorde van regels. Zo vertegenwoordigen individuele grondrechten fundamentele waarden die om die reden dan ook in een speciale wet, de Grondwet, zijn neergelegd en vaak ook verdragsrechtelijk zijn verankerd. Dergelijke rechten hebben prima facie prioriteit en inbreuken er op vereisen een zware argumentatie en vaak een wettelijke grondslag. De belangenafweging is hier gebonden. Omdat het gaat om fundamentele waarden zal ook in privaatrechtelijke verhoudingen aan grondrechten extra gewicht moeten worden toegekend. Trouwens hier kan de overheid op grond van verdragsrecht een positieve beschermingsplicht hebben,

zoals al aan de orde kwam. De bij de keuring aan de orde zijnde grondrechten wegen derhalve zwaar zoals ook door de Raad van State is opgemerkt. Voor het overige kunnen andere belangenafwegingen bij keuringen een rol spelen waarbij uiteraard ook de belangen van werkgever en verzekeraar zorgvuldig moeten worden meegewogen.

Uit het voorgaande blijkt dat ik ten aanzien van de verhouding tussen wetgeving en zelfregulering de algemene stelling van onder andere de fracties van de VVD en het CDA in het Verslag niet deel. Dat neemt niet weg dat onnodige wettelijke regulering moet worden voorkomen en dat het van belang is een beroep te doen op de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen om tot zelfregulering over te gaan. In het wetsvoorstel is daarom aan zelfregulering een grote plaats toegekend.

Afgezien van deze meer algemene beschouwing, moet ook naar de eisen worden gekeken die aan zelfregulering moeten worden gesteld wil zij breed maatschappelijk gedragen worden, maatschappelijk aanvaardbaar zijn en wetgeving kunnen vervangen. Die eisen kunnen als volgt worden samengevat:

- alle betrokken partijen moeten aan zelfregulering deelnemen
- partijen moeten niet in een ongelijke machtspositie verkeren
- de regeling moet de onderscheiden achterbannen binden
- het algemeen belang moet prevaleren boven het eigenbelang
- de regeling moet in het openbaar controleerbaar zijn
- er moet een handhavingsprocedure aanwezig zijn.

De ervaring wijst bovendien uit, zoals Prof. Dr. I. van der Vlies tijdens de conferentie over het Protocol aanstellingskeuringen op 27 januari 1995 heeft opgemerkt, dat als tussen de belangen van de betrokken partijen te groot verschil bestaat, zelfregulering niet werkt.

Het protocol aanstellingskeuringen voldoet niet aan de eisen ten aanzien van de binding van de achterban en nog niet aan de eis van een handhavingsprocedure. Het protocol is wel in principe door de meeste partijen onderschreven, maar er blijken nu al verschillen van interpretatie. Voor een belangrijk punt, namelijk de klachtenregeling, moet het protocol nog worden uitgewerkt. Die uitwerking blijkt nogal wat problemen op te leveren en, naar het zich laat aanzien, zal de regeling niet op 1 januari 1996 in werking kunnen treden, zoals de bedoeling was. In het oog moet voorts worden gehouden dat, zoals eerder opgemerkt, noch de richtlijnen van de organisaties van beroepsbeoefenaren, noch het regeringsstandpunt voldoende hebben gewerkt. Bovendien hebben de meeste betrokken partijen gesteld dat het protocol niet als een op zichzelf staande zelfregulering moet worden gezien maar als een aanvulling op nodig geachte wetgeving. Als partijen zelf niet van adequate zelfregulering spreken, kan toch moeilijk adequate zelfregulering aanwezig worden geacht.

Het moratorium van de particuliere verzekeraars is een eenzijdige verklaring en kan niet als een vorm van zelfregulering worden aangemerkt. Bovendien kunnen, zoals de fracties van de PvdA, D66 en de SP terecht hebben opgemerkt, de verzekeraars het moratorium opzeggen, zoals zij ook zelf hebben gesteld. In dit verband is het voorts goed in herinnering te brengen dat buitenlandse verzekeraars niet bij het moratorium zijn betrokken en zich daaraan wellicht niet zullen storen. Voor wat de HIV-gedragscode betreft vragen de leden van de CDA-fractie aan de hand van concrete gegevens uit de praktijk aan te geven waarom wetgeving nu noodzakelijk is, aangezien de regering in het hoofdlijnen-debat constateerde dat «partijen zich aan de HIV-gedragscode hebben gehouden». Hoewel ik tijdens het hoofdlijnen-debat al heb aangegeven dat mij wel concrete gegevens bekend waren dat een aantal verzekeraars de HIV-gedragscode niet naleven (en overigens collega Schimmel tijdens het debat zichzelf als praktijkvoorbeeld stelde aangezien bij haar ten onrechte

een HIV-test was afgenomen) blijkt inmiddels uit een brief van het Breed Platform Verzekeringen van 4 oktober jl. – gestaafd met bewijsmateriaal – dat maar liefst 12 met naam genoemde verzekeraars nog steeds de oude bloedvraag op hun gezondheidsverklaringen hebben staan, terwijl dit op grond van de HIV-gedragscode niet meer is toegestaan.

Ik hoop met deze beschouwing ook de vraag van de fractie van de RPF over de verhouding tussen zelfregulering en wetgeving te hebben beantwoord. Uit dit antwoord blijkt tevens dat ik niet de mening van de fractie van het AOV deel dat het moratorium de verzekeringnemers voldoende garantie geeft.

Voor de prioriteit die een aantal fracties voorsnog aan zelfregulering willen geven, bestaat – afgezien van de gegeven algemene beschouwing over de verhouding tussen overheidsregulering en zelfregulering en over de eisen die aan zelfregulering moeten worden gesteld – noch in de feiten met betrekking tot de keuringspraktijk, noch in de aanwezigheid van aanvaardbare zelfregulering grond. Daarbij komt dat, zoals uit de reacties blijkt, er een zeer breed maatschappelijk draagvlak is voor een wettelijke regeling van keuringen die de keuring beter beschermt. Nog op 5 oktober jl. richtte het Nederlands Juristen Comité voor de Mensenrechten (NJCM) zich met een commentaar tot de Tweede Kamer. Het NJCM bepleit een wettelijke regeling juist omdat aan de zelfregulering geen rechtszekerheid wordt ontleend. Dat de verzekeraars en werkgevers daar geen voorstanders van zijn, behoeft, gegeven de aan de orde zijnde belangen- tegenstelling, niet te verbazen. Wel enige verbazing wekt de opmerking van de fractie van de VVD dat zij twee van de meest betrokken groepen zijn. Zonder het belang van werkgevers en verzekeraars te willen onderschatten, het meest betrokken zijn de Nederlandse burgers die immers vrijwel allen op enig moment met keuringen worden geconfronteerd. Juist de groeperingen die geacht kunnen worden de burgers te vertegenwoordigen, pleiten voor wetgeving. De hier aan de orde zijnde tegenstelling doet zelfs de twijfel rijzen of zelfregulering wel kan slagen. Het feit dat de verschillende standpunten elkaar in onvoldoende mate naderen, vormt een van de argumenten voor een optreden van de wetgever. Gegeven de vitale en grote belangen die voor keuringen aan de keuring zijn verbonden en het vrij breed geuit verlangen naar een wettelijke regeling, zou het nalaten van die regeling een verkeerd signaal betekenen naar al degenen die door de keuring zozeer in hun belang kunnen worden getroffen.

De fractie van het CDA heeft nog opgemerkt dat medisch- technologische ontwikkelingen een grond voor wettelijke regeling van keuringen zouden kunnen zijn, maar dat dat nog niet aan de orde is. Ik wijs er echter op dat in toenemende mate medische, met name ook genetische, technieken die voor de selectie van mensen kunnen worden gebruikt, beschikbaar komen. Naar algemene overtuiging zal die ontwikkeling in de komende periode versneld doorgaan. Nalaten van wetgeving thans zou betekenen dat de wetgever achter de voorzienbare feiten zal aanlopen. Regeren is vooruitzien en voorkomen moet worden dat de put pas wordt gedempt als het kalf verdrongen is. Dat is trouwens ook de opvatting van het CDA dat immers in zijn Verkiezingsprogramma-1994 in art. 1.3.49 zich als doel heeft gesteld dat gericht erfelijkheidsonderzoek als voorwaarde voor de toegang tot een verzekering of voor de toegang tot arbeid moet worden verboden. Daarvoor is wetgeving noodzakelijk.

Ik wijs in dit verband ook op de mede door de VVD en het CDA voorgestelde motie-Netelenbos c.s. (Kamerstukken II 1991/92, 21 948, nr. 4) waarin de regering verzocht wordt met een wettelijke regeling te komen. Het is me niet duidelijk waarom deze fracties thans een ander standpunt over wettelijke regeling innemen.

De beide benaderingswijzen over de verhouding tussen overheidsregulering en zelfregulering kunnen met elkaar in overeenstemming worden gebracht door het systeem van de zogenoemde geconditioneerde zelfregulering toe te passen, waarbij de wetgever enkele grondlijnen trekt en de betrokken partijen binnen dat raamwerk tot zelfregulering kunnen overgaan. Op dit systeem is het wetsvoorstel gebaseerd. Deze werkwijze sluit aan bij de Nota Zicht op Wetgeving (1991) van het Ministerie van Justitie.

Voor een rol van de wetgever pleit ook dat bij keuringen vanwege de belangen van derden inbreuken op de privacy en de lichamelijke onaantastbaarheid en meer algemeen op de integriteit van de menselijke persoon van de keurling worden gemaakt. Ik onderschrijf voor de aanstellingskeuring doch niet voor de verzekeringskeuring de opvatting van de fractie van de VVD dat de keuring, althans als die functiegericht is, ook in het belang kan zijn van de keurling. Het gaat echter te ver daaruit te concluderen dat de belangen van keurling en keuringvrager parallel lopen. Dat is evident niet het geval onder andere vanwege het feit dat de keuringvrager over een goed beschikt dat de keurling graag wil hebben en dat de keuringvrager niet zonder keuring wil geven. Het niet verkrijgen van werk of gangbare verzekering heeft voorts zeer grote consequenties voor de keurling, niet alleen in het heden maar ook voor de toekomst omdat bij toekomstige sollicitaties of aanvragen van een verzekering een afkeuring zal moeten worden gemeld. Voor de keuringvrager ligt die situatie fundamenteel anders. De (machts)positie is derhalve zeer ongelijk. Dat blijkt ook uit het feit dat door alle organisaties die voor belangen van individuele mensen opkomen, en bij alle individuele klachten de machtspositie van de keuringvrager als belangrijk feit naar voren wordt gebracht. Het is een te eenvoudige voorstelling van zaken uit het feit dat partijen juridisch een overeenkomst beogen aan te gaan, af te leiden dat de belangen van partijen parallel lopen. Het argument van het derdenbelang waartegen de keurling moet worden beschermd, blijft dan ook overeind ondanks het feit dat bij de aanstellingskeuring de keurling zelf ook een zeker belang heeft.

Daarbij komt dat het belang van de keurling kan worden geschaad als hij vanwege de angst voor bijvoorbeeld het moeten doen van mededelingen daarover aan de verzekeraar zich niet tot de arts wendt voor gewenst medisch onderzoek. Berichten over het niet ondergaan van medisch onderzoek vanwege een aanstaande keuring worden uit medische hoek regelmatig gehoord. Ik deel niet de mening van de fractie van de VVD dat dit probleem niet overschat moet worden. Het gaat hier om een werkelijk volksgezondheidsprobleem. In dit verband is het nuttig te herinneren aan de rapporten van de Gezondheidsraad «Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij» (1989) en «Genetische screening» (1994) waarin op basis van gezondheidszorgoverwegingen op wettelijke regeling van medische keuringen wordt aangedrongen. Daar het niet slechts gaat om een zeer beperkt effect, zoals de fractie van de VVD stelt, maar om een werkelijk volksgezondheidsprobleem, komt dit probleem een zwaar gewicht toe in verhouding tot het risico van zelfselectie ten nadele van de verzekeraar. Met die zelfselectie is overigens in het wetsvoorstel rekening gehouden.

Het gaat bij keuringen niet alleen om individuele maar ook om sociale rechten waarvoor de overheid, deels ook op basis van de Grondwet, moet opkomen. Gewezen kan onder andere worden op het recht op bestaanszekerheid (art. 20 GW). Het is een taak van de overheid om ongerechtvaardigde belemmeringen bij de toegang tot werk en tot gangbare verzekering weg te nemen.

Op de annex hieraan gemaakte opmerking van de fractie van de VVD aangaande het al dan niet voldoende niveau van minimumvoorzieningen

wil ik reageren met de kanttekening dat er een verschil is tussen het terugvallen op een minimumvoorziening en het kunnen verrichten van arbeid respectievelijk zich kunnen verzekeren op het niveau dat past bij een normaal inkomen. Als iemand vanwege aanleg voor ziekte of afkeuring op oneigenlijke grond van werk en gangbare verzekering wordt uitgesloten, is het kunnen terugvallen op minimumvoorzieningen een pijnlijk argument. Men valt dan meestal een heel eind van de maatschappelijke ladder naar beneden.

Zonder aan het bedrijfsbelang van de keuringvrager af te willen doen, ben ik inderdaad van mening dat bedrijven een sociale verantwoordelijkheid hebben en dat verzekeraars bij de toegang tot gangbare verzekeringen niet zodanig behoren te selecteren dat zij alleen goede risico's overhouden. Een grotere instroom in de verzekeringen ligt, gezien de grote verzekeringsdichtheid in Nederland, niet voor de hand. Bovendien zeggen de verzekeraars weinig personen af te keuren. Over de hogere premies kan worden opgemerkt dat het in belangrijke mate gaat om het gebruik bij keuring van technieken die tot nu toe nog niet beschikbaar waren respectievelijk die beschikbaar zullen komen (erfelijkheidsonderzoek). De betreffende ziekten of de aanleg daarvoor konden tot voor kort niet worden geconstateerd en het risico daarvoor is dus in de bestaande premies begrepen. Wel zou kunnen worden gezegd dat bij scherpere selectie de winstmarge voor de verzekeraar toeneemt dan wel de premie zou kunnen worden verlaagd. Met zelfselectie ten nadele van de verzekeraar is in het wetsvoorstel zo goed mogelijk rekening gehouden. Dat de verzekeraar hier een gerechtvaardigd belang heeft, wordt door mij volledig erkend.

De fractie van het CDA vraagt waarom de regering niet de mogelijkheid wordt geboden tot het bewandelen van de Koninklijke weg, indien bij de evaluatie onverhoopt zou blijken dat daartoe de noodzaak aanwezig is. In reactie daarop zou ik in herinnering willen brengen dat die noodzaak gedeeltelijk al aanwezig was in 1991. Het Kabinet Lubbers III werd immers in 1991 via de mede door het CDA ingediende motie Netelenbos c.s. verzocht met wetgeving te komen voor een verbod op genetisch onderzoek. De toenmalige regering is daartoe in gebreke gebleven. Daarnaast zou ik willen opmerken – en dat is principieel van aard – dat ik geen behoefte heb om te wachten op de uitkomst van de evaluatie van zelfregulering, omdat ik van mening ben, zoals uit het bovenstaande betoog en uit de memorie van toelichting genoegzaam gebleken mag zijn, dat zelfregulering onvoldoende is als bescherming van de rechtspositie van de keurling. Een wettelijk kader acht ik onontbeerlijk. Dat een en ander niet zou sporen met de rode draad uit het regeerakkoord ontgaat mij. Inderdaad is de verhouding tussen overheidsregelingen en eigen verantwoordelijkheid een leidende gedachte met een duidelijk accent op de eigen verantwoordelijkheid. Maar ik zie niet in op welke wijze een keurling zijn eigen verantwoordelijkheid ter hand kan nemen wanneer hij zich in een afhankelijke keuringssituatie bevindt. Zijn eigen verantwoordelijkheid kan hij nemen door vragen naar eer en geweten te beantwoorden. Maar overigens kan hij geen eigen verantwoordelijkheid nemen als hij zich in keuringssituaties bevindt. Het zal de fractie van het CDA inmiddels niet meer onbekend in de oren klinken, maar mijn leitmotiv en houding ten opzichte van de rode draad van het regeerakkoord is: «markt waar markt kan en sociaal waar sociaal moet». Dat geldt ook hier.

Door de fracties van het AOV en de RPF is gewezen op de Arbo-wet en het artikel van W. Kotek in Medisch Contact van 20 januari 1995 in dat verband. Naar de mening van die auteur zou de Arbowet reeds voldoende rechtsbescherming aan de sollicitant bieden en hij wijst daarbij met name naar art. 3 van die Wet. De door de heer Kotek geciteerde passage komt

niet voor in art. 3 van de Arbowet. Waarschijnlijk doelt hij op lid f van dat artikel waarvan de aanhef als volgt luidt: «bij de samenstelling en toewijzing van de onderscheiden taken moet rekening worden gehouden met de persoonlijke eigenschappen van de werknemer enz.». De wet spreekt niet van toewijzing van arbeidsplaatsen. Doch afgezien daarvan, belangrijker is dat de Arbowet niet betrekking heeft op sollicitanten doch op werkgevers en werknemers, zoals ook uit art. 1 blijkt. Het betreffende artikel 3 is geplaatst in Hoofdstuk II dat handelt over de verplichtingen van de werkgever. De redenering van de heer Kotek gaat dus niet op. Wel moet op grond van de Arbowet de arbeid zodanig worden georganiseerd dat daaruit geen nadelige invloed uitgaat op de veiligheid of de gezondheid van de werknemer. Het ligt voor de hand dat de aanpassing van de arbeidsomstandigheden aan de werknemer aan de orde komt bij het bedrijfsgeneeskundige intrede-onderzoek dat veelal na aanstelling wordt verricht als begin van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.

De opvatting van de heer Kotek over de aard van de aanstellingskeuring laat ik buiten beschouwing omdat er in dit opzicht geen verschil tussen het wetsontwerp en het Protocol aanstellingskeuringen bestaat.

De fracties van de PvdA (in par. 2), D66, het AOV en de SP (bij artikel 4) hebben de aandacht gevestigd op het gevaar dat door een wettelijke regeling van de medische keuring vragen naar de gezondheidstoestand zouden worden verplaatst naar een andere fase van de sollicitatieprocedure. Uit het onderzoek «Risicoselectie op de Nederlandse Arbeidsmarkt» van het College van toezicht sociale verzekeringen (1995) blijkt dit inmiddels in aanmerkelijke mate het geval te zijn. Ik ben het met die fracties eens dat dat een ongewenste ontwikkeling is. Nog afgezien van de privacy, ontbreekt bovendien aan oordelen van niet-deskundigen over de gezondheidstoestand elke professionele basis. In omstandigheden zouden vragen over de gezondheidstoestand door onbevoegden buiten de keuring wellicht een inbreuk op de precontractuele goede trouw of onrechtmatigheid kunnen opleveren. Om een ontwikkeling in de hier bedoelde ongewenste richting tegen te gaan neem ik via een nota van wijziging in het wetsvoorstel een bepaling op, die het vragen naar de gezondheidstoestand en verzuim wegens ziekte in het verleden verbiedt. Aan het tweede lid van artikel 4 zal daarom een nieuwe zin worden toegevoegd, luidende: «Bij andere beoordelingen dan de medische keuring mogen geen vragen worden gesteld noch anderszins inlichtingen worden ingewonnen over de gezondheidstoestand van de keurling en over diens ziekteverzuim in het verleden.»

De fractie van de VVD was bevreemd door de opmerking dat medische beslissingen kunnen worden gebruikt om andere beslissingen te maskeren. Toch is dat een veel voorkomend en algemeen bekend verschijnsel. Over het oneigenlijk gebruik van keuringen is al medio zeventiger jaren een uitvoerige discussie gevoerd in het tijdschrift Medisch Contact. Onaangename beslissingen worden nogal eens naar het medisch oordeel afgeschoven. Dat is ook bij keuringen het geval en vormt een van de redenen waarom in het tweede lid van artikel 4 van het wetsvoorstel de medische keuring aan het einde van de sollicitatieprocedure is geplaatst.

Voorts heeft de fractie van de VVD gevraagd naar mijn opvatting over de rol van de ombudslieden op het gebied van de verzekeringen. De door de verzekeraars in het leven geroepen instituut van ombudsman heeft zeker een nuttige functie. Doch naar mijn mening kan een dergelijk instituut een door alle partijen gedragen klachtenregeling niet vervangen. Bovendien betekent de aanwezigheid van een ombudsman niet dat wettelijke regeling van de keuring achterwege zou kunnen blijven.

Voor wat betreft de medisch-professionele kwaliteit van medische keuringen lijkt het niet nodig een aparte bepaling in het wetsvoorstel op te nemen. Dit in antwoord op een vraag van de fractie van de VVD. De medische professionaliteit wordt bewaakt door de wetgeving op de beroepsbeoefening en de regelingen van de organisaties van beroepsbeoefenaren. Voorts is art. 7:453 BW (WGBO) over het goed hulpverlenerschap van overeenkomstige toepassing. Ook het medisch tuchtrecht speelt een rol. Een niet onbelangrijk deel van de uitspraken van het medisch tuchtrecht betreft keuringen en medische verklaringen.

De fractie van D66 heeft gevraagd naar de gevolgen van vragen van de verzekeraar naar de uitkomsten van genetische onderzoeken met, als die uitkomst positief is, een aanbod tot premieverlaging. Volgens artikel 5, eerste lid, mogen door de verzekeraar geen vragen worden gesteld over (de uitkomsten van) genetische onderzoeken, al dan niet neergelegd in een «genenpaspoort». Premieverlaging als gevolg van een dergelijk verzoek is dus niet aan de orde. In aansluiting hierop en tevens in beantwoording op een soortgelijke vraag van de fractie van de PvdA bij artikel 3, zij gewezen op de mogelijkheid dat aspirant-verzekerde zelf met een aanbod tot verstrekking van gegevens over positieve uitslag(en) van genetisch onderzoek zou kunnen komen met het verzoek om premieverlaging. Het wetsvoorstel regelt deze situatie niet. Het zou naar mijn oordeel onjuist zijn indien verzekeraars hier op in zouden gaan. Dat zou in tegenspraak zijn met de bedoeling die aan artikel 5, eerste lid, ten grondslag ligt, namelijk het niet bekend worden van erfelijkheidsgegevens bij de verzekeraar. Bovendien zou bij het wel op dergelijke verzoeken ingaan feitelijk een maatschappelijke gewoonte kunnen ontstaan waarbij premie-differentiatie op grond van afwezigheid van (aanleg voor) erfelijke ziekte gangbaar wordt en zouden bovendien onontkoombaar de premies van hen die geen gegevens verstrekken, omhoog gaan.

Is voor onverzekerbare risico's geen publieke oplossing mogelijk, zo vraagt de fractie van het AOV. Allereerst moet worden vastgesteld dat zulks wetgeving betekent en waarschijnlijk wetgeving die ingewikkelder is dan het voorliggende wetsvoorstel. Voorts moet in dat geval een nieuwe sociale verzekering of andere vorm van solidariteitsvoorziening worden gecreëerd, hetgeen nogal wat voeten in aarde zal hebben. Het ligt meer voor de hand de goede en slechte risico's zoveel mogelijk in één verzekering onder te brengen. Tenslotte moet worden gewezen op het gevaar van twee dekkingsregelingen, een particuliere verzekering en een publiekrechtelijke regeling, namelijk dat de particuliere voorziening zal trachten zoveel mogelijk risico's naar de publiekrechtelijke af te schuiven.

De bestaande regelgeving met betrekking tot medische keuringen is inderdaad weinig overzichtelijk, zoals de fractie van de RPF opmerkt. Ik moge hiervoor ook verwijzen naar de rapporten «Wetgeving inzake medische keuringen» (1989) en «Rechtsbescherming bij medische keuringen» (1991) van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam en naar Hoofdstuk VI van het Handboek Gezondheidsrecht, deel II, Gezondheidszorg en recht, van Prof. Dr. H.J.J. Leenen. Voor zover is na te gaan, is die situatie sindsdien niet verbeterd. Voor wat betreft de keuringen voor de privaatrechtelijke arbeidsovereenkomst, pensioen-en levensverzekering en arbeidsongeschiktheidsverzekering brengt het wetsvoorstel ordening aan. Dat is het belangrijkste deel van de privaatrechtelijke keuringen.

Zoals in de Memorie van Toelichting is uiteengezet, moesten de keuringen bij de overheid buiten beschouwing blijven. Ik meen dat het op de weg van de overheid ligt de regelingen voor de publieke sector in de zin van het wetsvoorstel bij te stellen. Tijdens het hoofdlijnen debat heeft

Staatssecretaris Linschoten gezegd dat hij zich niet kan voorstellen dat de overheid anderen tot iets aanzet of via wetgeving oplegt dat zij zelf niet wenst (Handelingen TK 45, 8 februari, p. 2936 l.k.). Dat betekent onder andere dat de overheid de vrij algemeen gangbare en ook door haarzelf aanvaarde (Kamerstukken II 1991/92, 19 218, nr. 48 en Nota Aanvullende pensioenen d.d. 25 juni 1991, Kamerstukken II 1990/91, 22 167 nr. 1) opvatting volgt dat een werknemer zonder pensioenkeuring in een pensioenregeling moet worden opgenomen.

Op de vraag van de fractie van de RPF over verzekering van een persoon die van een onverzekerbare aandoening hersteld is, is mijn antwoord dat een dergelijk iemand de gangbare verzekeringen moet kunnen sluiten. Voor personen met een erfelijke ziekte mag op grond van art. 5, eerste lid, niet naar het onderzoek over de ziekte worden gevraagd. Het zou naar mijn oordeel onrechtvaardig zijn als verzekeraars zouden uitsluiten of premie verhogen op grond van genezen niet-erfelijke ziekte. Maar het wetsvoorstel spreekt zich over deze laatste kwestie niet uit.

Terecht heeft de fractie van de RPF herinnerd aan de aanbevelingen in het Eindrapport van de Commissie Selectieprocedures (Commissie-Hessel) uit 1978 (Ministerie van Sociale Zaken). Dat rapport ging overigens over de regeling van de sollicitatie als geheel. Helaas hebben de aanbevelingen van de Commissie-Hessel tot weinig regelingen geleid. Voor wat betreft de medische keuring staat het wetsvoorstel in de geest van de opvattingen die de Commissie-Hessel heeft verwoord. Bepaalde aspecten van het wetsvoorstel, bijvoorbeeld de regeling over de keurend arts (art. 8), het recht op herkeuring (art. 10) en de klachtencommissie (art. 11), zijn ook door de Commissie-Hessel bepleit. Erfelijkheidsonderzoek speelde in de jaren zeventig nog niet zo'n grote rol als thans en heeft in het rapport niet het gewicht dat het wetsvoorstel er aan geeft. Maar de Commissie-Hessel heeft er wel al voor gepleit dat in een sollicitatiecode zou worden vastgelegd dat bepaalde vragen niet zouden mogen worden gesteld.

2. Verhouding tot de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

De aan het woord zijnde fracties delen mijn mening dat de WGBO in haar huidige vorm niet de rechtsbescherming biedt die in het wetsvoorstel is neergelegd. Wel is de verhouding tot de WGBO door de fracties van het CDA en de SP (in par. 5) aan de orde gesteld. De keuze voor het alleen opnemen in het wetsontwerp van rechten van de keurling die niet in de WGBO zijn neergelegd, is voornamelijk ingegeven door de wens geen doublure met bepalingen uit de WGBO te doen ontstaan. Het lex specialis-karakter van het wetsvoorstel ten opzichte van de WGBO wordt daarmee benadrukt. De keuze daarvoor heeft het gewonnen van het voordeel van grotere overzichtelijkheid bij plaatsing in één wet. Daarbij komt dat de WGBO, anders dan de keuring, in wezen betrekking heeft op de relatie tussen hulpverlener en patiënt. Weliswaar is in art. 7:464 BW juncto art. V lid 2 sub c WGBO de WGBO van overeenkomstige toepassing verklaard op de keuring, maar dat neemt niet weg dat, zoals ook in de literatuur naar voren is gebracht, deze constructie niet fraai is. Nu met het wetsvoorstel een specifieke regeling voor de medische keuring wordt beoogd, ligt het voor de hand alleen voor de keuring specifieke bepalingen in die wet op te nemen. Bovendien hebben de bepalingen van de WGBO als basisregeling van de rechten van de patiënt zodanige algemene bekendheid gekregen dat een verwijzing daarnaar niet op bezwaren hoeft te stuiten.

Hiermee is ten dele ook antwoord gegeven op de vraag van de fractie van de VVD waarom niet overwogen is de WGBO zodanig te wijzigen dat daarin de doelen van het wetsvoorstel worden geïncorporeerd. De WGBO ziet op de relatie tussen arts en patiënt, terwijl bij de keuring de werkgever of verzekeraar als derde partij betrokken is. Naast de enigszins oneigenlijke regeling van art. 7:464 BW zouden daardoor nog meer oneigenlijke bepalingen aan de WGBO worden toegevoegd. Bovendien passen in de WGBO niet bepalingen als de verbodsbepalingen van art. 3–5, een zelfreguleringsregeling als neergelegd in art. 7, de onafhankelijkheid van en de rapportage door de keurend arts van art. 8, de herkeuring van art. 10, de instelling van een klachtencommissie van art. 11 en een bepaling als art. 13 over de subsidiaire rol van de overheid.

De fractie van de RPF heeft gevraagd welke overlapping er ontstaat door het opnemen van de rechten van de keurling in het wetsvoorstel. Die overlappingen zouden onder andere betreffen art. 7:448, art. 7:449, art. 7:450, art. 7:453, art. 7:454, art. 7:455, art. 7:456, art. 7:457, art. 7:459, art. 7:463, art. 7:464 en art. 7:465 van het BW.

Voor de vraag van de fractie van het CDA over vigerende wetgeving zij ten aanzien van de Arbo-wet naar het hiervoor gaande algemeen deel en voorts naar de hierboven genoemde rapporten van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam verwezen. Ook de betekenis van de Grondwet in verband met keuringen is in het algemeen deel besproken. De wet-BIG heeft weliswaar een indirecte beschermende werking ten aanzien van de keurling omdat zij ook betrekking heeft op de kwaliteit van het handelen van de keurend arts, maar kan naar haar aard geen regeling van de rechten van de keurling bevatten. Voor een adequate regeling van die rechtspositie biedt het betreffende conglomeraat van wetten geen geëigende kaders. De fractie van het CDA heeft nog gewezen (in par. 5) op de mogelijkheid – voor wat betreft de aanstellingskeuringen – om de tekst van het protocol op te nemen in de CAO's. Dat kan echter wetgeving niet vervangen omdat de keurling niet onder CAO's valt en niet voor alle werknemers een CAO bestaat.

De fracties van de PvdA, VVD (in par. 3) en SP (ad art. 9) hebben een vraag gesteld over de afdwingbaarheid van art. 9 van het wetsvoorstel, het recht medewerking te weigeren. Uitgangspunt is dat de keurend arts zich aan de wet zal houden. Doet hij dat niet en weigert de keurling, dan ontstaat een moeilijke situatie omdat de keurling geen recht op een arbeidsovereenkomst heeft. Hij zal dan een klacht moeten indienen of zich tot de rechter wenden die een gedraging die in strijd is met de wet, kan verbieden dan wel een schadevergoeding toekennen. Door de klachtencommissie of de rechter zal moeten worden beoordeeld of de medewerking terecht is geweigerd.

Verder heeft de fractie van de PvdA gevraagd op welke wijze de werknemer die is goedgekeurd onder voorwaarde van aanpassing van de arbeidsomstandigheden, die aanpassing kan afdwingen. Dan staat de weg naar de rechter open, maar ook zijn de handhavingsmogelijkheden van de Arbo-wet beschikbaar. Zo kan de Arbeidsinspectie de werkgever een aanwijzing geven terzake van de handhaving van art. 3 van die wet.

3. Hoofdpijnen en systematiek van het wetsvoorstel

Ik kan instemmen met hetgeen de fractie van het CDA over het doel van de keuring en de toelaatbaarheid van voorspellend medisch onderzoek heeft uiteengezet. Die uiteenzetting heeft mij gesterkt in mijn opvatting dat voor het realiseren van een en ander wetgeving niet kan worden gemist. Die conclusie trekt de fractie van het CDA echter niet nu zij een

voorkeur voor zelfregulering uitspreekt. Dat is overigens, zoals reeds eerder gesteld, niet in overeenstemming met art. 1.3.49 van het Verkiezingsprogramma-1994 van het CDA en met de, ook door de fractie van het CDA mede voorgestelde, motie-Netelenbos c.s. (Kamerstukken II 1991/92, 21 948, nr. 4).

Over de onwenselijke praktijken waarop de fractie van de VVD doelt, is reeds in het algemeen deel gesproken. Wat het wetsvoorstel toevoegt is het bindend karakter, het normeren van zelfregulering en het tot stand brengen van zelfregulering waar die nog onvoldoende bestaat, zoals in de verzekeringssector. Ook de subsidiaire rol van de overheid, zoals in art. 13 neergelegd, kan niet door het veld zelf worden geregeld.

Zal de redelijkheid van een verzoek om herkeuring moeten worden beoordeeld of kan de keurling ten alle tijde herkeuring verlangen, zo vraagt de fractie van de VVD. Dat laatste is het geval. Zal dan niet, zo wordt verder opgemerkt, bij een negatieve uitslag vrijwel altijd herkeuring worden gevraagd met de bijbehorende kosten voor de keuringvrager? Als de keuringsarts de patiënt goed voorlicht, zoals hij op grond van de WGBO verplicht is, en goed met haar of hem communiceert, is voor een onbesuisd vragen naar herkeuring niet te vrezen. Daarvan is ook niet gebleken daar waar het recht op herkeuring reeds bestaat, zoals in de publieke sector. Bovendien moet de keurling bij herkeuring zijn wens met redenen omkleden. Doet hij dat niet dan hoeft niet tot herkeuring te worden overgegaan. Ten aanzien van de kosten zij opgemerkt dat deze niet alleen ten laste van de keuringvrager behoeven te komen. Die kan, zoals in art. 10 lid 3 is bepaald, een redelijke bijdrage van de keurling verlangen. In het wetsvoorstel is dus voorzien in het afremmen van het ongerechtvaardigd eisen van herkeuring.

In antwoord op een vraag van de fractie van de VVD betreffende artikel 3 wijs ik er op dat dat artikel een veel bredere strekking heeft dan de HIV-gedragscode. In die brede strekking is artikel 3 essentieel omdat het een van de hoofdmotieven vormt voor een wettelijke regeling, namelijk dat in een onderzoek dat zonder medische indicatie in opdracht van een derde wordt verricht, dat niet in de curatieve zorg plaats heeft en niet op eigen verzoek geschiedt, iemand niet behoort te worden geconfronteerd met onder andere ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze beschikbaar is of waarvan het voortschrijden niet kan worden voorkomen of gestabiliseerd, en geen kennis behoort op te doen over een aanwezige doch latente onbehandelbare ziekte. Dan is de verhouding tussen het belang van de keurling en van de keuringvrager evident: het belang van de keurling prevaleert in beginsel boven dat van de keuringvrager.

Dat de overheid altijd het recht heeft om met regelgeving te komen, wordt door mij uiteraard niet ontkend. Maar het is niet ongebruikelijk dat in een wet nadere regeling bij AMvB wordt opgenomen. Ook komt het vaker in wetten voor dat de overheid pas nader regelend optreedt als een situatie uit de hand loopt. Art. 13 is dus niet een uitzonderlijke vorm van regeling. Wetgeving duurt lang en in een dergelijk geval ligt regeling bij AMvB voor de hand. Omdat, zoals de fractie van de VVD terecht opmerkt, het parlement daarbij behoort te worden betrokken, is voor de voorhangprocedure gekozen.

4. Reikwijdte van het wetsvoorstel

De fractie van de VVD heeft gevraagd hoever de regering gevorderd is met het aanpassen van de keuringen in de publieke sector in de zin van het wetsvoorstel. Dat is uiteraard een vraag aan de regering. In de MvT is uiteengezet dat het op de weg van de overheid ligt de regelgeving in de

publieke sector in de zin van het wetsvoorstel aan te passen. Tijdens het hoofdlijnen debat heeft Staatssecretaris Linschoten gesteld dat hij zich niet kan voorstellen dat de overheid in de vorm van een aanbeveling tot zelfregulering aanzet dan wel in de vorm van wetgeving de werkgevers in het bedrijfsleven iets oplegt of suggereert dat zij zelf niet wenst (Handelingen TK 45, 8 februari, p. 2936 l.k.). Hoever de overheid in dit opzicht gevorderd is, is mij niet bekend.

Het sporen van het beleid is wezenlijker dan de volgorde in tijd van regelgeving. Die volgorde kan bovendien niet eenduidig worden benaderd. Op sommige punten loopt de ene sector voor, op sommige punten, tenminste als het wetsvoorstel wet wordt, de andere. In de overheidssector zijn al vele zaken, zoals bijvoorbeeld de herkeuring, geregeld waar de private sector achterloopt. Ook kan in die sector een klacht worden ingediend bij de Nationale Ombudsman. Zie voor een overzicht van de publieke regelingen het eerdergenoemde rapport «Wetgeving inzake medische keuringen» (1989) van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

De fractie van de RPF heeft een nadere onderbouwing van de beperking van de reikwijdte tot de pensioen- of levensverzekering en de verzekering wegens arbeidsongeschiktheid gevraagd. De reden is dat zich daar feitelijk de meeste problemen voordoen en het met name daar om grote belangen voor de keuring gaat. Keuringen vinden bovendien vooral bij deze verzekeringen plaats.

De fractie van de SP zou nog in ander opzicht een bredere reikwijdte hebben geprefereerd. Doch dan doemt de moeilijkheid op dat keuringen worden verricht voor zeer uiteenlopende doelen. Een keuring voor tewerkstelling in een waterleidingbedrijf wegens het gevaar van waterbesmetting bijvoorbeeld is van andere aard dan een keuring voor een levensverzekering, de keuring voor de toekenning van een invalidenparkeerkaart verschilt van die voor een buitengewoon pensioen aan oorlogsslachtoffers, de keuring voor de WAO is anders dan die voor een studieverzekering. Dit heeft gevolgen voor de voorwaarden. Naast het pragmatisch aspect dat in de MvT ten aanzien van de publieke sector is genoemd, heeft ten aanzien van andere uitbreidingen deze overweging een rol gespeeld. Maar vooral is de keuze bepaald door het doel dat voor ogen stond, namelijk het beschermen van mensen bij de toegang tot de arbeidsmarkt en tot voor hen vitale verzekeringen. Ik wil echter niet uitsluiten dat de werking van het wetsvoorstel, wet geworden, geleidelijk wordt uitgebreid. Daarvoor zou echter onderzoek nodig zijn naar de verschillende keuringen en de problemen die zich daarbij voordoen.

5. Soorten keuringen

Met de fractie van de PvdA ben ik het eens dat een goed Arbo- en verzuimbeleid en bedrijfsgeneeskundige begeleiding na indiensttreding aangewezen zijn. Daarbij spelen de medische functie-eisen die bij de aanstellingskeuring de keuring rechtvaardigen, uiteraard een belangrijke rol. Op de desbetreffende vraag kan worden geantwoord dat de beperking tot medische functie-eisen voor de aanstellingskeuringen inderdaad valt onder «het doel van de keuring» in art. 6 dat voor dit type keuring in samenhang met het aldaar ook vermelde art. 4 moet worden gezien.

De leden van de PvdA-fractie stellen de vraag of de voorgestelde regeling van artikel 4 leden 3 en 4 het doel – toegang tot de normale, gangbare verzekering voor velen – niet voorbij schiet. Om de loonkosten zo laag mogelijk te houden is het nodig ook de verzekeringspremies zo laag mogelijk te laten zijn. Als verzekeraars hun risico niet kunnen berekenen – en dat is het geval bij zelfselectie – dan zal deze onzekerheid voor verzekeraars zich vertalen in hogere premies, en dus hogere

loonkosten, aldus de leden van de PvdA-fractie. Een soortgelijke vraag stelden de leden van de CDA-fractie bij artikel 4. Ik deel deze mening niet. Er is immers geen sprake van zelfselectie bij pensioen- (en arbeidsongeschiktheids) voorzieningen verbonden aan de arbeidsovereenkomst. Ik kan mij niet goed voorstellen dat een persoon slechts een baan probeert te verwerven om onder een keuring uit te komen voor zijn pensioenvoorziening vanwege het feit dat hij/zij een ernstige ziekte onder de leden heeft. Dit nog los van het feit dat het nu en in de nabije toekomst op zijn zachtst gezegd in het algemeen al niet eenvoudig is een baan te verwerven. De leden van de PvdA-fractie spreken ook over zelfselectie «waar dat een hoge uitkering betreft». Zelfselectie ten behoeve van een hoge uitkering kan zich in het wetsvoorstel echter niet voordoen, vanwege het feit dat een ieder slechts recht heeft op aan het inkomen gerelateerde uitkeringen. Indien iemand zich voor een hogere uitkering wil verzekeren zal hij/zij zich moeten begeven op de particuliere markt voor aanvullende verzekeringen. Hiermee hoop ik tevens een soortgelijke vraag (bij artikel 4) van de leden van de VVD-fractie en de leden van de SGP-fractie te hebben beantwoord.

De leden van de PvdA-fractie achten het niet denkbeeldig dat werkgevers terughoudend zullen worden met het doen van PSW-toezeggingen. Zij vragen zich af of hier het belang van de werknemer mee gediend is, wanneer de consequentie van het een en ander zal zijn dat hij zich niet meer in collectief verband maar tot de particuliere verzekeringsmarkt moet wenden waarvoor hij slechts de bescherming van de voorgestelde artikelen 3 en 5 geniet. De leden van de RPF-fractie stelden een soortgelijke vraag, alsmede de leden van de SGP-fractie bij artikel 4. Ik heb bij de totstandkoming van het initiatief-wetsvoorstel ook het risico in ogenschouw genomen dat werkgevers zich misschien terughoudend zullen gaan opstellen met het doen van PSW-toezeggingen, omdat immers de medische keuringen voor een groot deel niet meer zullen plaatsvinden aangezien slechts nog functiegericht gekeurd mag worden. De conclusie is dat het met die terughoudendheid wel mee zal vallen. Het is niet aan te nemen dat de financiële aanspraken daadwerkelijk zullen toenemen bij verbieden van de medische keuring ten behoeve van pensioenvoorzieningen. Dit in de eerste plaats vanwege de geringe voorspellende waarde van de medische keuring. Uit onderzoeken en rapporten is dat een en andermaal duidelijk gebleken. Bovendien is het treffen van een pensioenvoorziening in de arbeidsverhouding algemeen gebruikelijk, meestal in collectiviteit, en keuren doet er dan niet zoveel toe. Volgens de bestaande richtlijnen dient dat dan ook niet te gebeuren. Voorts is ook de regering van mening dat, een enkele uitzondering daargelaten, een werknemer zonder pensioenkeuring in een pensioenregeling moet worden opgenomen. Door het wetsvoorstel verandert er weinig aan de bestaande praktijk en er ontstaan geen grotere risico's voor pensioenverstrekkers door. Men mag dan ook verwachten dat premies er niet door zullen stijgen.

De leden van de fractie van de PvdA kunnen zich voorstellen dat toegang tot de collectieve aanvullende pensioenvoorziening zonder keuring plaatsvindt, zowel wat betreft de werkgever als de verzekeraar (die de toezegging verzekert) voorzover de pensioentoezegging beperkt blijft tot 70% (inclusief AOW) van het huidige loon met een maximum (van bijv. f 100 000) pensioen per jaar. Dit zou ook zo kunnen gelden voor de toegang tot de collectieve aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering. Ik heb deze suggestie zorgvuldig overwogen doch ik ben van oordeel dat, doordat zowel de pensioenvoorziening als de arbeidsongeschiktheidsvoorziening zijn gekoppeld aan een inkomen er dientengevolge een plafond aanwezig is.

De leden van de PvdA-fractie stellen dat het in de rede zou kunnen liggen dat ook bij diegenen die zich niet collectief kunnen verzekeren (waaronder bijv. kleine zelfstandigen) maar een verzekering wensen af te sluiten tot dezelfde genoemde bedragen geen keuring plaatsvindt. Hoewel ik sympathiek sta tegenover deze gedachtengang moeten de consequenties hiervan goed in ogenschouw worden genomen. Het zou namelijk betekenen dat de particuliere verzekeraars ook met betrekking tot individuele polissen ten aanzien van de keuring gebonden zouden worden. Ook al heeft een dergelijke keuring niet zoveel zin, er staat geen collectiviteit tegenover zoals bij arbeidsrelaties meestal het geval is. Juist die collectiviteit maakt dat verzekeraars goede en slechte risico's conform de normale verdeling verzekeren. Bij individuele verzekeringen is er wel een risico van zelfselectie. Overigens kan ik mij voorstellen dat het Midden en Klein Bedrijf (Branche-organisaties) in vergelijkbare zin zoals nu gebeurt bij de op handen zijnde privatisering van de sociale zekerheid, collectief het een en ander zou kunnen regelen voor de bij haar aangesloten leden.

De leden van de CDA-fractie vragen of de conclusie terecht is dat de voorgestelde regeling (de vragengrens bij verzekeringskeuringen) bescherming biedt aan mensen met hoge inkomens en nadelig werkt voor mensen met lage en middeninkomens. Zij stellen dat lagere inkomensgroepen immers bij de 70%-norm niet gevrijwaard zijn van keuringen wanneer zij via een verzekering boven het sociaal minimum willen blijven». Ik vermag niet in te zien waarom het wetsvoorstel nadelig werkt voor mensen met lagere- en middeninkomens. Het is nu ook praktijk dat mensen zich moeten bijverzekeren indien zij zich voor een hoger bedrag willen verzekeren dan 70% van het laatstverdiende loon bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Het wetsvoorstel verandert dat niet. Of iemand nu rond het sociaal minimum verdient of twee maal modaal, beiden kunnen zich verzekeren voor 70% van het laatst verdiende loon, zonder dat bepaalde vragen mogen worden gesteld. De vragengrens heeft tot doel dat indien iemand zich voor een hoger bedrag wil verzekeren dan de vragengrens de verzekeraar bepaalde vragen wel mag stellen. Dit om zelfselectie tegen te gaan. De vragengrens heeft dus niets te maken met het bevoor- of benadelen van lagere, midden of hogere inkomens.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de motieven van de indiener om geen inkomensgrens te hanteren bij het vaststellen van de vragengrens met betrekking tot arbeidsongeschiktheidsverzekeringen of levensverzekeringen met periodieke uitkering.

Het antwoord is simpel: het stellen van een vaste inkomensgrens is bij dit soort verzekeringen niet relevant. Gerelateerd wordt aan een vast percentage van het salaris. Daarbij past geen vaste inkomensgrens maar dus wel een percentuele grens.

De vraag van de fractie van het CDA naar de meerwaarde van wetgeving boven het Protocol aanstellingskeuringen is in het algemeen deel reeds aan de orde geweest. Inhoudelijk zijn er tussen protocol en wetsvoorstel geen grote verschillen, temeer daar in het protocol allerlei zaken aan het wetsontwerp zijn ontleend. Doch het gaat niet alleen om de inhoud van het protocol maar met name ook om de status ervan en de handhaafbaarheid. Ik herinner er bovendien aan dat de grote meerderheid van de bij het Protocol betrokkenen van mening is dat niet met het protocol kan worden volstaan en wetgeving noodzakelijk is.

De verwijzing van de Minister van Justitie naar art. 1638z BW heeft mij niet overtuigd. In dat artikel is bepaald dat de werkgever in het algemeen verplicht is al datgene te doen en na te laten, wat een goed werkgever in gelijke omstandigheden behoort te doen en na te laten. Nog afgezien van

het feit dat er bij de aanstellingskeuring nog geen sprake is van een werkgeverschap, aan zo'n algemene formule kan niet de hele keuringsregulering worden opgehangen. Zouden art. 3 en 4 uit een dergelijke algemene formule kunnen worden afgeleid, zou dat het geval zijn met art. 8 over de onafhankelijkheid van de keurend arts en met art. 10 en 11 over respectievelijk herkeuring en klachtencommissie? Indien de redering van de Minister zou opgaan, dan zou ook kunnen worden betoogd dat de rest van de regeling van de arbeidsovereenkomst in het BW en de Arbowet overbodig zijn.

Zou, zo heeft de fractie van het CDA gevraagd, het wetsvoorstel niet het effect kunnen hebben dat de doelgroep zelfs de eerste sollicitatieronde niet meer kan bereiken? Dat lijkt mij niet het geval. Uit onder andere het onderzoek «Chronisch zieken (on)beperkt aan het werk» (1995) blijkt dat leidinggevenden van bedrijven erkennen dat thans reeds chronisch zieken met oneigenlijke argumenten worden afgewezen en dat sociaal-geneeskundigen constateren dat mensen met beperkingen niet aan een keuring toekomen omdat werkgevers hen liever niet in dienst nemen. Het wetsvoorstel zal niet kunnen verhinderen dat mensen met uiterlijke handicaps al voor de keuring afvallen, maar er wel toe leiden dat chronisch zieken een eerlijker kans krijgen omdat de keuring aan het einde van de sollicitatieprocedure wordt geplaatst en de keuring naar aard wordt beperkt. Daar komt bij dat, zoals hierboven meegedeeld, aan het tweede lid van art. 4 een bepaling zal worden toegevoegd waarin vragen naar de gezondheid in eerdere fasen van de sollicitatieprocedure wordt verboden. Ik blijf er dan ook bij dat het wetsvoorstel belemmeringen voor toegang tot de arbeidsmarkt wegneemt.

Het wetsvoorstel zal niet leiden tot meer staffuncties e.d. zoals de fractie van het CDA vreest. Ook indien men zou volstaan met het Protocol inzake aanstellingskeuringen, zullen de medische functie-eisen moeten worden omschreven. Dat is ook nodig in de benadering van de fractie van het CDA die in het Verslag enkele malen heeft betoogd dat alleen functiegerichte keuringen mogen plaats hebben. Het wetsvoorstel leidt dan ook niet tot een extra lastendruk. Het zal eerder een besparing voor het bedrijfsleven opleveren omdat onnodige kosten voor keuringen worden voorkomen. Overigens is het nuttig op te merken dat de indruk als zou met het opstellen van medische functie-profielen nog moeten worden begonnen, niet juist is. In het kader van de bedrijfsgeneeskunde worden dergelijke profielen al ontwikkeld.

De fractie van het CDA heeft gewezen op het moratorium en de HIV-code als vormen van zelfregulering. Zoals in het algemeen deel aan de orde is gekomen, voldoen deze niet aan de eisen van zelfregulering. Het wetsvoorstel zal er toe leiden dat ook in de verzekeringssector zelfregulering zal worden gestimuleerd.

Is, zo heeft de fractie van het CDA gevraagd, het in verband met de artikelen 3 en 5 niet als een contradictie in de handelwijze van de wetgever te beschouwen wanneer hij enerzijds het beschermingsniveau van collectieve voorzieningen (ZW, WAO) verlaagt om vervolgens in de private sector wettelijke maatregelen op te leggen die in wezen een collectivisering tot aan de vragengrens inhouden, althans voor wat betreft het verplicht accepteren van kandidaten. Een dergelijke contradictie zie ik niet. Hoe men ook moge denken over de inkrimping van het publiekrechtelijke beschermingsniveau, er moet voor de overheid juist een aanleiding in liggen om niet aanvaardbare gevolgen daarvan in de private sector in te dammen. Ik acht het de taak van de overheid zorg te dragen voor een zodanig systeem van wetgeving dat een nieuw evenwicht ontstaat tussen solidariteit enerzijds en eigen initiatief anderzijds. Anders gezegd: het

wettelijk kader dient negatieve effecten van de markt te voorkomen c.q. uit te bannen en werknemers en verzekerden voldoende bescherming daartegen te bieden. Illustratief is het onlangs ingediende wetsvoorstel inzake privatisering van de Ziektewet. De Raad van State wijst er op dat vanwege de privatisering van de Ziektewet werkgevers een groot belang hebben bij jonge, gezonde werknemers. Werkgevers zullen derhalve aspirant werknemers strenger gaan selecteren op gezondheid. Zij is van oordeel dat deze tendens die in de praktijk al wordt waargenomen, «een hoogst onwenselijk effect is van maatregelen – en de daaruit voortvloeiende financiële risico's – die ondernemingen opgelegd hebben gekregen of zullen krijgen». De Raad van State constateert dat er door de regering geen maatregelen worden voorzien voor de groep werkzoekenden bij wie een verhoogd ziekerisico bestaat zonder dat daarbij sprake is van een arbeidshandicap. Naar het oordeel van de Raad moet aan deze problematiek in het beleid meer en gericht aandacht worden besteed. Ik ben van oordeel dat bij uitstek het onderhavige wetsvoorstel een beleidsmaatregel is die meer en gericht aandacht besteed aan alle werkzoekenden, verhoogd risico of niet.

Ik ben, dit in antwoord op een vraag van de fractie van het CDA, van mening dat particuliere verzekeringen weliswaar de privaatrechtelijke rechtsvorm hebben, maar dat zulks niet betekent dat hun handelen daardoor onttrokken zou zijn aan maatschappelijke regels en maatschappelijke beoordeling. Particuliere verzekeringen hebben in deze een maatschappelijke functie. Indien die functie wordt aangetast in de zin van in mijn ogen onaanvaardbare belemmeringen in de toegang tot arbeid en verzekeringen, dan is er wel degelijk de noodzaak voor de overheid om in te grijpen.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de verzekeraar dient te bewijzen dat een aspirant-verzekerde ten onrechte ontkennend heeft geantwoord op de vragen «heeft u aids» of «bent u seropositief». Het antwoord is dat verzekeraars dit op dezelfde manier zullen moeten bewijzen zoals zij dit thans reeds doen. Ook nu komt dergelijke zelfselectie immers voor. Het wetsvoorstel verandert dan ook niets aan de bewijslast van verzekeraars ten opzichte van zelfselecterende aspirant-verzekerden.

De fractie van de VVD vraagt waarom de in het wetsvoorstel gehanteerde vragengrens adequater is dan die uit de geldende zelfregulering en waarom die niet net zo arbitrair is. Toegegeven zij, dat iedere financiële grens arbitrair is. De term adequater is daarom niet geheel juist gekozen. Ik heb bedoeld te willen zeggen dat een vragengrens van 2 ton niet meer aansluit bij gangbare bedragen bij het afsluiten van verzekeringen. Een vragengrens van 3 ton leek mij hierbij meer aan te sluiten, welke mening overigens de verzekeraars ook zijn toegedaan zoals moge blijken uit hun aankondiging dat de grens voor het afnemen van de HIV-test is verhoogd tot 3 ton.

Op de desbetreffende vraag van de fracties van D66 en PvdA (bij artikel 3) kan worden geantwoord dat in art. 3 sub a het verbod op onderzoek is beperkt tot ernstige ziekten die aan de genoemde criteria voldoen. Daarmee is onderzoek naar niet ernstige ziekten in beginsel niet uitgesloten. Doch in het oog moet worden gehouden dat art. 3, tweede lid sub a, een specificatie is van de algemene norm in het eerste lid en dat ook het tweede lid sub b blijft gelden. Zou onderzoek naar een dergelijke niet ernstige ziekte een onevenredige inbreuk maken op de persoonlijke levenssfeer of een onevenredig zware belasting met zich meebrengen, dan is het niet toegestaan.

Door verschillende fracties zijn vragen gesteld over het verbod van de HIV-test in artikel 3. Aangezien de ongeoorloofdheid van HIV-testen bij aanstellingskeuringen nauwelijks wordt betwist, zal in het navolgende het oog worden gehouden op HIV-testen in het kader van de verzekeringskeuring.

Ik wil niet verhelen dat ik niet ongevoelig ben voor de beschouwingen over dit onderwerp in het Verslag, doch ik zie niettemin vooralsnog geen aanleiding om mijn visie te wijzigen. Daarvoor gelden de volgende overwegingen. Artikel 3 is een van de kernartikelen van het wetsvoorstel. Het gaat daar om het recht om niet met kennis over de kans op een ernstige, onbehandelbare en onreguleerbare ziekte, dan wel de aanwezigheid van een latente onbehandelbare ziekte te worden geconfronteerd in een medisch onderzoek waar men niet om heeft gevraagd, waarvoor geen medische indicatie bestaat en dat in opdracht van een derde wordt verricht. Die grondlijn die zowel op HIV-seropositiviteit als op (aanleg voor) ernstige erfelijke ziekte van toepassing is, wil ik niet graag loslaten. Het loslaten daarvan zou bovendien tot consequentie hebben dat ook het verbod op onderzoek naar dergelijke erfelijke ziekten op de tocht zou kunnen komen te staan. Uit het Verslag kan worden opgemaakt dat geen van de fracties dat zou willen. Consistentie in de redenering moet hier doorslaggevend zijn.

Het op een of andere wijze uitzonderen van HIV-seropositiviteit uit art. 3 zou bovendien een andere gedragslijn voor HIV-seropositiviteit dan voor erfelijke ziekten met gelijksoortige effecten tot gevolg hebben. Dat zou de vraag doen rijzen op grond waarvan een dergelijke ongelijke behandeling gerechtvaardigd zou zijn. Er zou een discriminatoire situatie kunnen ontstaan. Want in mijn ogen is er geen principiële verschil tussen een HIV-test en een genetische test. Beide testen hebben hetzelfde doel: gericht zoeken naar een aanwezige ernstige onbehandelbare ziekte die op langere termijn manifest zal worden. Dit zou uiteraard anders komen te liggen als voor HIV-seropositiviteit en eventueel ook Aids een remedie beschikbaar zou komen of als bijvoorbeeld HIV-seropositiviteit door geneesmiddelen reguleerbaar zou worden waardoor zij in evenwicht zou kunnen worden gehouden.

Daarbij komt dat – nog afgezien van het feit dat verzekeraars zich hebben verbonden beneden een bepaald verzekeringsbedrag geen HIV-tests te verlangen – de feitelijke behoefte aan HIV-onderzoek in het kader van verzekeringskeuringen wordt beperkt doordat de verzekeraars binnen het kader van het wetsvoorstel mogen vragen naar de aanwezigheid van seropositiviteit of Aids. Verwacht mag worden dat de aspirant-verzekerde daar naar waarheid op antwoordt. Dat is hij niet alleen verplicht op grond van de regels van de precontractuele goede trouw, maar ook kan vanwege het niet naar waarheid beantwoorden van die vraag de uitkering in gevaar komen. Voorts moet in het oog worden gehouden dat de verzekeraar niet verplicht is een verzekering te sluiten. Hij zal als het gaat om een verzekering boven de vragengrens bij vermoeden van kwade trouw het aangaan van een verzekering kunnen nalaten.

Dat laatste geldt ook voor het soms wel aangevoerde argument van de toeloop van buitenlanders. Nog afgezien van het feit dat degenen die in het buitenland wonen, onder de ter plaatse geldende wetgeving vallen, is een verzekeraar geenszins verplicht een verzekeringsovereenkomst met een in het buitenland gevestigd iemand te sluiten.

Al bij al ben ik van mening dat aan het loslaten van het verbod op Aids-tests bij keuringen bezwaren kleven en dat er feitelijk verweermogelijkheden voor de verzekeraar bestaan. De genoemde bezwaren overwegen naar mijn oordeel derhalve.

De fractie van de RPF heeft gevraagd naar een reactie op de aanbeveling van het rapport «Rechtsbescherming bij medische keuringen» van

het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (1991). Dit rapport ontraadt ontwikkeling van een wet die alle medische keuringen bestrijkt; aanbevolen wordt het tot stand brengen van wetgeving ten aanzien van enkele maatschappelijk belangrijke typen keuringen, gecombineerd met aanpassing van bestaande wetgeving (met name in de publieke sector). Het wetsvoorstel is met deze aanbeveling geheel in overeenstemming; het beperkt zich immers tot de uit maatschappelijk oogpunt belangrijke keuringen bij het aangaan van arbeids- en (bepaalde) verzekeringsovereenkomsten. Het rapport pleit niet voor regeling via reeds bestaande wetgeving, zoals de fractie wellicht uit het rapport heeft begrepen. Gesteld wordt slechts dat bij beperking tot specifieke keuringssituaties meerdere regelingsmodaliteiten in beeld komen, althans wanneer men er voor kiest voor elk type keuring een afzonderlijke regeling te treffen. Die laatste weg is in het wetsvoorstel echter niet gevolgd. Gelet op de overeenkomsten tussen wat bij aanstellings- respectievelijk verzekeringskeuringen behoort te gelden, verdient naar mijn mening regeling van deze beide keuringen in één wet de voorkeur.

6. Internationale aspecten

De fracties van de PvdA en de GPV hebben gevraagd of het niet zinvol is diepgaand overleg te voeren met de Europese Commissie teneinde het risico te vermijden dat het wetgevingstraject achteraf stuit op Europees-rechtelijke bezwaren. Ik zou hierover het volgende willen opmerken.

In de eerste plaats heeft de Europese Commissie er blijk van gegeven de HIV gedragscode niet te zien als strijdig met het Europese mededingingsrecht. Naar intentie beoogt de gedragscode hetzelfde als het onderhavige wetsvoorstel, en is, onverlet de kanttekeningen die bij de gedragscode te plaatsen zijn, het beoogde effect hetzelfde. Het zou niet logisch zijn indien de gedragscode niet en het wetsvoorstel wel op mededingingsrechtelijke bezwaren zouden stuiten.

Voorts merk ik nog op dat het onderhavige wetsvoorstel minder ver gaat dan bijv. de Belgische wetgeving. Bedoelde wetgeving bevat een integraal verbod op het gebruik van erfelijke informatie voor verzekeringsdoeleinden. Deze stuit tot op heden niet op Europeesrechtelijk bezwaar. In de Memorie van toelichting is reeds uitvoerig uiteengezet waarom ik van mening ben dat het onderhavige wetsvoorstel de Europeesrechtelijke toets kan doorstaan. Overigens ligt het laatste woord hierover niet bij de Europese Commissie maar bij het Hof van Justitie te Luxemburg.

Dat het Hof de noodzaak van bescherming van integriteit en privacy bij keuringen onderkent, moge overigens blijken uit een uitspraak van bedoeld Hof van 5 oktober 1994, die onder meer is gepubliceerd in de *European Journal of Health Law*, vol. 2, no. 2, van juni 1995 (p. 177 ev.). In deze zaak was aan de orde de vraag of een sollicitant zonder diens uitdrukkelijke toestemming onderworpen kon worden aan een test, die besmetting met het AIDS-virus zou kunnen aantonen.

Met verwijzing naar deze zaak is tevens een antwoord gegeven op vragen van leden van de VVD-fractie, waarbij de leden van de fractie van het CDA zich aansloten, met betrekking tot de brief van de regering van 15 mei 1992 (TK, 1991-1992, 19 218). De daarin naar voren gebrachte twijfel inzake een verbod op een HIV-test op grond van de inbreuk op de integriteit en privacy van de betrokkene lijkt mij genoegzaam weersproken door de uitspraak. Op grond van deze overweging zie ik in dit stadium geen noodzaak de voornemens tot wetgeving al te bespreken met de Europese Commissie.

De leden van de fractie van het CDA hebben gevraagd naar de concurrentiepositie in internationaal verband. De leden van de fracties van de VVD, D66, RPF en SP hebben zich hierbij aangesloten.

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de brief van de Verzekeringskamer van 15 maart 1995. Het betoog in de brief inzake de concurrentiepositie heeft mij niet overtuigd. Het is bijv. een misvatting aan te nemen dat verzekeraars uit een andere EU-lidstaat zich kunnen onttrekken aan dwingende regels van Nederlands recht. De regels van algemeen belang, zoals het onderhavige wetsvoorstel, zijn onverkort op hen van toepassing. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het betoog van de Verzekeringskamer in feite een betoog is dat past bij de huidige situatie, waarin enkel op basis van onderlinge afspraken tussen Nederlandse verzekeraars een tot op zekere hoogte terughoudend beleid is overeengekomen met betrekking tot medische keuringen. Dergelijke afspraken, waaraan iedere in rechte afdwingbare juridische basis ontbreekt, binden uiteraard een buitenlandse verzekeringsmaatschappij niet. Dit ligt, zoals gezegd, anders in het geval van wetgeving.

Dat het onderhavige wetsvoorstel slechte risico's uit het buitenland zal aantrekken vermag ik niet in te zien. In de aan de orde zijnde verzekeringsrichtlijnen van de EU is het recht van het land waar het risico is gelegen van toepassing. Ik kan mij moeilijk voorstellen dat door het onderhavige wetsvoorstel een massale verhuizing naar Nederland zou plaatsvinden. Ook in dit opzicht wil ik graag verwijzen naar de uitvoerige toelichting van de internationale aspecten in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel.

Een probleem van «ongelijke behandeling» tussen Nederlandse en buitenlandse verzekeraars zie ik evenmin in dit verband. Waaruit zou deze bestaan? Beiden zijn onverkort gehouden aan de regels van dwingend recht.

Met deze overwegingen meen ik als antwoord op de vraag van de fractie van het CDA te kunnen volstaan.

Hiermee is ook de vraag van de leden van de VVD-fractie naar beoordeling van zelfreguleringsinitiatieven en het wetsvoorstel in het kader van Europees recht beantwoord.

In antwoord op de vraag van de VVD-fractie hoe vaak in de afgelopen jaren een buitenlandse verzekeraar zich op de Nederlandse markt heeft begeven en welk deel van de markt nu in handen is van uit het buitenland afkomstige verzekeraars die zich onttrekken aan door de verzekeraars gemaakte afspraken op het gebied van HIV-tests en genetisch onderzoek, kan ik slechts zeggen dat mij daarover geen gegevens bekend zijn.

Met betrekking tot de vraag van de leden van de VVD-fractie inzake de functie van ombudslieden zou ik willen opmerken dat deze enkel een toetsing achteraf kunnen doen, op grond van een klacht. Het onderhavige wetsvoorstel beoogt echter, door verbodbepalingen, preventief te werken en is in het opzicht van sanctiemogelijkheden bovendien doeltreffender. Bovendien hebben buitenlandse verzekeraars geen relatie met verzekerings-ombudslieden die in Nederland ten behoeve van verzekeraars werkzaam zijn.

De leden van de fractie van de VVD vragen zich af of een buitenlandse verzekeraar een andere definitie van keuring van het doel van de keuring kan hanteren dan partijen uit hoofde van artikel 7 kunnen afspreken. De leden van de fractie van het GPV wijzen in dit opzicht op het rechtelijk oordeel, waarbij de materiële inhoud van de afspraken zal worden betrokken. Ik deel deze zienswijze.

Het beeld van wetgeving in andere landen, waarnaar de leden van de fractie van de VVD en van de fractie van D66 vragen is als volgt.

België heeft, evenals Oostenrijk, een integraal verbod op gebruik van genetische informatie, resp. onderzoek daarnaar. In Noorwegen is eveneens wetgeving inzake medische keuringen ingevoerd.

Zweden en Frankrijk hebben algemene wetgeving ingevoerd, waarmee hetzelfde doel wordt beoogd als met het onderhavige initiatief voorstel van wet. In Denemarken is wetgeving in voorbereiding, evenals in Duitsland. In het Verenigd Koninkrijk wordt een nationale genetische adviescommissie ingesteld. Initiatieven van zelfregulering in andere landen zijn mij niet bekend.

7. Deregulering

Zelfregulering die in vrijheid tot stand komt zal minder problemen met betrekking tot interpretatie en naleving met zich meebrengen, meent de fractie van de VVD. In zijn algemeenheid is een dergelijke stelling niet te handhaven. Het is bijvoorbeeld niet gezegd dat zulks niet ook bij geconditioneerde zelfregulering het geval zal zijn. Maar van groter belang is dat de interpretatie en naleving van zelfregulering slechts minder problemen met zich mee zal brengen als die zelfregulering aan de in het algemeen deel genoemde eisen voldoet, waaronder binding van de achterban, redelijke paralleliteit van belangen en afdwingbaarheid. Is daaraan niet voldaan dan kan de zelfregulering vrij gaan zweven omdat zij niet hard genoeg kan worden geïmplementeerd en irritatie en vertraging oproepen. In dit verband moet voorts worden overwogen dat de overgrote meerderheid van de bij het Protocol aanstellingskeuringen betrokken partijen wettelijke regeling in de zin van het wetsvoorstel wensen. Zij zien de zelfregulering dus anders dan de werkgevers en verzekeraars. Dat is voor de werking van de zelfregulering een omineus teken.

Artikelen

Artikel 1

De fractie van de RPF heeft gevraagd om de mogelijkheid te onderzoeken de term «keuring» door een andere te vervangen en pleit voor «gezondheidsonderzoek». Gaarne zij aan de fractie toegegeven dat het woord keuring weinig fraai is. Het is echter wel ingeburgerd. Aan de term «gezondheidsonderzoek» zijn ook nadelen verbonden. Zo kan daaronder ook een onderzoek in de curatieve sector, een periodiek onderzoek en een bevolkingsonderzoek vallen. Gezondheidsonderzoek is, met andere woorden, veel minder precies dan keuring. Bovendien roept de term gezondheidsonderzoek het risico op dat het speciale karakter van de keuring (doelbeperking, alleen functiegericht bij aanstellingskeuring) verkeerd wordt begrepen. Een keuring is geen gezondheidsonderzoek zonder meer, maar een onderzoek waarbij wordt nagegaan of men aan bepaalde voorwaarden voldoet. De term keuring heeft voorts het voordeel dat zij duidelijk aangeeft dat het onderzoek geschiedt op verzoek van een derde in diens belang. Dat raakt bij de term gezondheidsonderzoek uit het zicht. Al bij al lijkt het mij het beste om ondanks de onaantrekkelijkheid van het woord de term «keuring» te handhaven.

Artikel 2

Op de vraag van de fractie van de VVD over toekomstig ziekteverzuim kan in de eerste plaats worden geantwoord dat, zoals uit wetenschappelijke rapporten is gebleken, ziekteverzuim in een aanstellingskeuring niet te voorspellen is. Alleen al daarom valt de grond onder de vraag weg. Daarnaast houdt de algemene overeenstemming in, ook bij de partijen bij het protocol, dat aanstellingskeuringen functiegericht moeten zijn, dat risico op toekomstig verzuim niet aan de orde is. Daarom is het een voorbeeld van een onoirbaar keuringsdoel.

Artikel 3

Door verschillende fracties is een opmerking gemaakt over de passage in de Memorie van Toelichting ad art. 3 waar als voorbeeld het vragen naar het strafrechtelijk verleden is genoemd. Toegegeven zij dat dit voorbeeld niet binnen de termen van het wetsvoorstel valt dat immers handelt over (functiegerichte) medische keuringen, zoals de fractie van het GPV terecht opmerkt.

Vragen naar intieme gedragingen kunnen medische relevantie hebben bijvoorbeeld in verband met de aanwezigheid van seropositiviteit voor HIV of seksueel overdraagbare ziekten. Psychiatrische ziekten kunnen weliswaar bij functiegerichte aanstellingskeuringen aan de orde zijn, maar in het algemeen zijn vragen en onderzoeken daarnaar gemakkelijk een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. Daarom is dit voorbeeld in de MvT gegeven. Mijn antwoord op de desbetreffende vraag van de fractie van de PvdA is dat met psychiatrische ervaring behandeling door een psychiater is bedoeld. Met het toevoegen van «in het (verdere) verleden liggende» aan psychiatrische ervaringen is beoogd aan te geven dat in het algemeen psychiatrische behandeling in het verleden minder relevantie heeft naarmate de tijd verstrijkt. Daarmee moet bij aanstellingskeuringen rekening worden gehouden. Psychiatrische problemen die zijn behandeld en verwerkt, moeten iemand niet zijn hele leven belemmeren bij het verkrijgen van werk.

Te ver gaat naar mijn oordeel de opmerking van de fractie van de VVD dat niemand is gebaat bij plaatsing van een ex-drugverslaafde in de verslavingszorg. In de praktijk blijkt dat ex-verslaafden een belangrijke positieve rol voor verslaafden kunnen vervullen. Door hun eigen ervaringen kunnen zij verslaafden vaak gemakkelijker bereiken.

De fractie van de PvdA stelt dat het nimmer toestaan van de HIV-test klemt indien de verzekeraar via vragen naar eerder ondergane bloedtransfusies in het buitenland en dergelijke het vermoeden heeft dat het risico op HIV-besmetting bestaat. De fractie van de PvdA gaat er hierbij vanuit dat dergelijke vragen, nu opgenomen in de gedragscode, nog gesteld mogen worden. Dit is echter niet het geval. Bij inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel zal de gedragscode niet meer gelden en zal artikel 3 lid 1 gelden: er mogen geen vragen worden gesteld die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling. Tevens geldt het algemene artikel 2 lid 1. De invulling hiervan zal door zelfregulering plaatsvinden, maar het mag duidelijk zijn dat voor de verzekeraar om zelfselectie tegen te gaan slechts twee vragen relevant zijn. Te weten, «heeft u aids» of «bent u seropositief». In het verleden is er door verschillende fracties in de Tweede Kamer op gewezen dat de huidige gedragscode vragen bevat die geen objectieve medische criteria inhouden ter beoordeling van de vraag of onder de twee ton een HIV-test kan worden geëist. Ik ben dan ook van oordeel dat met uitzondering van de twee genoemde vragen uit de gedragscode, de resterende vragen uit de gedragscode niet meer mogen worden gesteld na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel.

Aan de fractie van de SGP zij toegegeven dat «onevenredige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer» een tamelijk algemeen begrip is. Het wordt niettemin veel gebruikt in juridische teksten. Het probleem is dat vanwege de veelheid van situaties die zich kan voordoen, een nadere concretisering vrijwel niet mogelijk is, respectievelijk nadere omschrijving tot te beperkende of onvoldoende waterdichte formuleringen leidt. Hier zal jurisprudentievorming moeten plaats vinden, zoals bij veel termen in het recht (goede trouw, billijkheid, goed hulpverlener, zorg van een goed huisvader e.d.) het geval is. De klachtencommissie en de rechter zullen

naar omstandigheden invulling aan het begrip moeten geven waardoor dan jurisprudentiële lijnen kunnen ontstaan.

Het is niet de bedoeling dat de verzekeraars zogenoemde «brandende huizen» moeten verzekeren. Ik ben het terzake dus met de fractie van het SGP eens. De controleerbaarheid van antwoorden op vragen is altijd een probleem, ook in de huidige situatie. Het wetsvoorstel verandert die situatie niet. Frauduleuze beantwoording zal echter grote gevolgen kunnen hebben, zoals het niet verkrijgen van de uitkering.

De fracties van PvdA, CDA, VVD, RPF en SGP hebben gevraagd naar nadere toelichting op een aantal begrippen in art. 3. Het niet voorhanden zijn van een geneeswijze slaat op ziekten die weliswaar kunnen worden gediagnostiseerd, maar waarvoor geen therapie beschikbaar is. Een voorbeeld is multiplesclerose. Bij een aanwezige, niet behandelbare ziekte die naar verwachting eerst na lange tijd manifest zal worden, kan worden gedacht aan de erfelijke aanleg voor een ernstige ziekte die wel kan worden gediagnostiseerd maar die pas later in het leven tot symptomen zal leiden. Een ziekte wordt manifest als zij symptomen gaat geven; in aanleg kan zij al bij de geboorte aanwezig zijn. Of een ziekte in aanleg aanwezig respectievelijk al dan niet behandelbaar is, wordt bepaald door artsen; zij volgen daarbij de stand van de medische wetenschap. Het «specifiek gericht op» betekent dat het onderzoek speciaal wordt ingesteld om de ziekte of de aanleg daarvoor op het spoor te komen met de daarvoor geëigende methoden. De term beoogt afbakening ten opzichte van toevallige bevindingen van de arts. Een onderzoek kan «anderszins een onevenredig zware belasting met zich meebrengen» indien het een op zichzelf al belastende ingreep betreft of als pijnlijke onderzoeken herhaaldelijk moeten worden ondergaan.

Artikel 4

De fractie van het CDA heeft gevraagd of het op grote schaal (doen) omschrijven van «bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid» niet kan leiden tot het opschroeven van die eisen waardoor de drempel tot de arbeid wordt verhoogd. In de MvT is opgemerkt dat het gaat om medische noodzaak, zoals ook door de woorden «bijzondere» en «moeten» wordt uitgedrukt. Er moet een medische argumentatie zijn voor bijzondere medische functie-eisen en die moet berusten op wetenschappelijke en objectieve gegevens. Voldoen aan de medische eisen voor het vervullen van de functie moet noodzakelijk zijn. Bovendien is de vaststelling van de functie-eisen onderwerp van de zelfregulering op grond van artikel 7. Omdat daar alle partijen bij zijn betrokken, kan eenzijdig opschroeven van functie-eisen worden tegengegaan. Ook hier kan overigens worden opgemerkt dat in deze de situatie bij het wetsontwerp niet verschilt van die bij het Protocol aanstellingskeuringen.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie of de indiener kan aangeven in hoeverre de toepassing van het derde en vierde lid van artikel 4 de premies verhoogt voor dit soort voorzieningen en verzekeringen, verwijs ik naar mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de PvdA-fractie in het algemeen deel, paragraaf 5.

De leden van de VVD-fractie vragen of het ook denkbaar is dat voor een functie dermate zware fysieke eisen worden gesteld, dat een keuring voorafgaand aan de verdere procedure plaatsvindt. In antwoord hierop blijf ik bij het uitgangspunt neergelegd in het wetsvoorstel dat de aanstellingskeuring het sluitstuk van de sollicitatieprocedure moet zijn, omdat anders niet duidelijk is op welke grond een afwijzing plaats heeft.

Dat neemt niet weg dat in uitzonderlijke gevallen het wel eens zou kunnen voorkomen dat bij de medische keuring aan het einde van de sollicitatieprocedure ongeschiktheid voor de functie-eisen blijkt. Maar die uitzondering is geen reden om de regel te veranderen. Elke sollicitatieprocedure houdt in dat achteraf «onnodige» tijd is besteed aan kandidaten die niet worden aangesteld.

De fractie van het GPV heeft gevraagd of het geen overweging verdient dat bij verhogingen boven een bepaalde grens het stellen van vragen of medisch onderzoek wordt toegestaan. In de systematiek van het wetsvoorstel geldt voor vragen over erfelijkheid art. 5, eerste lid. Ik zou daaraan niet willen afdoen. Dat geldt ook voor medisch onderzoek van art. 3, tweede lid.

Artikel 5

De suggestie van de fractie van de PvdA om het begrip vragengrens bij de definities van art. 1 op te nemen, zal ik gaarne volgen. Daartoe zal via een nota van wijziging een alinea f worden toegevoegd luidende als volgt: «vragengrens: het bedrag waar beneden door de keuringvrager geen vragen mogen worden gesteld over onderzoek gericht op de erfelijke aanleg voor ziekte en de resultaten van dergelijk onderzoek.»

De leden van de PvdA-fractie en de VVD-fractie vragen nader aan te geven wat precies wordt bedoeld met «70% van het inkomen». Hiermee wordt 70% van het laatstverdiende brutoloon bedoeld.

De eerste vragen van de CDA-fractie meen ik reeds in het algemeen deel te hebben beantwoord. Op de vraag of ik kan aangeven hoe hoog een inkomen moet zijn om redelijk verantwoord een levensverzekering, al dan niet ter dekking van een hypotheek, af te sluiten van f 200 000 resp. 300 000, moet ik het antwoord schuldig blijven, omdat de bedoeling van de vraag mij onduidelijk is. Ik begrijp niet wat met «redelijk verantwoord» wordt bedoeld, anders dan dat dat ter beoordeling van ieder individu zelf is wat voor hem of haar verantwoord is. Daarnaast ben ik niet bekend met voorwaarden die hypotheekverstrekkers stellen aan hoogte van inkomens ter dekking van een hypotheek.

De leden van de VVD-fractie mogen niet uit het instellen van een vragengrens afleiden dat ik misbruik van verzekeringen door het achterhouden van informatie door de aspirant-verzekerde tot een bepaald bedrag aanvaardbaar acht. Ik vind zelfselectie immer verwerpelijk. Voor de achterliggende reden van het invoeren van een vragengrens verwijs ik naar het algemeen deel. Over de vragengrens is geen overleg gevoerd met de verzekeraars.

Mensen met een (toekomstige) aandoening die toevallig een genetisch karakter draagt, dit in antwoord op een desbetreffende vraag van de VVD-fractie, worden weliswaar bevoordeeld boven mensen met een aandoening die dit predikaat niet verdient, doch dit is betrekkelijk. Ten eerste is de bescherming ten aanzien van genetische aandoeningen niet absoluut. Er mag immers wel naar erfelijke ziekten worden gevraagd die niet onder artikel 3 vallen. Ten tweede worden ook mensen zonder een genetische aandoening in ruime mate door het wetsvoorstel beschermd. De belangrijkste reden voor de gekozen lijn is – zoals reeds in het algemeen deel is gememoreerd –, dat de toegang tot de individuele gezondheidszorg niet wordt belemmerd.

Hoe zal het totstandbrengen van op functie-eisen gebaseerde medische profielen moeten worden geoperationaliseerd, vraagt de fractie van GroenLinks. Voor een aantal functies bestaan dergelijke profielen reeds.

Voor zover ze nog niet aanwezig zijn, is in het wetsvoorstel de totstandbrenging gedacht als een taak van de betrokken organisaties (art. 7). Omdat het gaat om een medisch-professionele activiteit, gebeurt dat in de praktijk door bedrijfsgeneeskundige onderzoeksinstituten en in de praktijk werkzame beroepsbeoefenaren.

Tegenover de vrees van de fractie van de SGP dat het derde lid van art. 4 tot problemen bij verzekeraars en daarmee bij werkgevers zou leiden en zo de toegang tot pensioenverzekeringen zou kunnen ontmoedigen, kan worden gesteld dat het hier gaat om de verzekering van een collectiviteit waarbij de kans dat er een oververtegenwoordiging zou zijn van slechte risico's niet aannemelijk is. Incidenteel zou weliswaar een «brandend huis» kunnen worden verzekerd terwijl de betreffende persoon overigens wel geschikt is de functie te vervullen, maar daar staat tegenover dat een collectiviteit wordt verzekerd. Er is bij collectieve verzekeringen voorts geen risico van zelfselectie. In het algemeen deel (paragraaf 5) wordt op deze vraag nog nader ingegaan, waarnaar ik dan ook wil verwijzen.

De fracties van de RPF, de SGP, D66, de SP en GroenLinks hebben vragen gesteld over art. 5, eerste lid. Ook in reacties buiten het parlement zijn over artikel 5, eerste lid, opmerkingen gemaakt. Het gaat daarbij om vragen over erfelijke ziekten bij bloedverwanten. De redenering bij het artikellid is geweest dat niet naar de uitkomsten van genetisch onderzoek bij de aspirant-verzekerde en bij diens bloedverwanten mag worden gevraagd en dat kennis over ernstige erfelijke afwijkingen bij familieleden in het algemeen op onderzoek zal berusten waar dus niet naar mag worden gevraagd. Er bestaat echter vrees dat deze regeling niet afdoende is om te voorkomen dat door directe vragen de verzekeraar niettemin zal pogen om kennis te krijgen over met name ernstige erfelijke ziekte bij familieleden. Die vrees is niet ongerechtvaardigd. Daarom is ook voor dit punt een nota van wijziging gemaakt en wordt aan het eerste lid van artikel 5 een zinsnede toegevoegd die vragen naar ernstige ziekten in de zin van art. 3, tweede lid sub a, ongeoorloofd maakt. Het eerste lid van artikel 5 komt als volgt te luiden: «1. Bij een keuring in verband met het aangaan of wijzigen van een verzekering mogen geen vragen worden gesteld over in artikel 3, tweede lid sub a, genoemde ziekten, voor zover die op erfelijkheid betrekking hebben, bij de aspirant-verzekerde en bij diens bloedverwanten en over onderzoek bij de aspirant-verzekerde en bij diens bloedverwanten gericht op de erfelijke aanleg voor ziekte en de resultaten van dergelijk onderzoek, indien de te sluiten verzekering de vragengrens niet overschrijdt.» Nu in deze nieuwe formulering wordt verwezen naar artikel 3, is artikel 5 ook opgenomen in de zelfreguleringsbepaling van artikel 7.

De fracties van de RPF (in par. 4) en GroenLinks (in par. 3) hebben in overweging gegeven in het wetsvoorstel een verbod op te nemen tot het gebruik van gegevens over familieleden die verzekeraars reeds bezitten vanwege een gezinspolis of eerdere keuringen dan wel vanwege door bloedverwanten ingevulde vragenlijsten. Op grond van de Wet Persoonsregistraties mogen gegevens slechts worden gebruikt voor doeleinden die met het doel van de persoonsregistratie verenigbaar zijn en mogen binnen de organisatie van de houder slechts gegevens worden verstrekt aan personen die ingevolge hun taak die gegevens mogen ontvangen (art. 6). Hoewel dat tegen de bedoeling van de WPR zou zijn, laat die wet de mogelijkheid open om via de omschrijving van doel en taakstelling beschikbare gegevens van familieleden te gebruiken. Dit overigens afgezien van het toezicht door de Registratiekamer. Verder is art. 7:457 BW van overeenkomstige toepassing. Hier doet zich echter de vraag voor of het wel om verstrekking van gegevens aan een ander gaat als de geneeskundig adviseur bij hem aanwezige gegevens zelf gebruikt. Om

twijfel over de ongeoorloofdheid van het bedoelde gebruik uit te sluiten zal aan het eerste lid van art. 5 de volgende zinsnede worden toegevoegd: «Bij de behandeling van de aanvraag voor het aangaan of wijzigen van een verzekering en bij een keuring in dat verband mogen geen uit andere hoofde reeds bij de keuringvrager, de keurend arts of geneeskundig adviseur aanwezige erfelijke gegevens over bloedverwanten van de aspirant-verzekerde worden gebruikt.» Ten aanzien van gegevens over de aspirant-verzekerde zelf die de verzekeraar reeds uit andere hoofde bezit, bijvoorbeeld in het kader van een ander type verzekering, geldt artikel 2, tweede lid, dat bepaalt dat gegevens slechts mogen worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen.

Artikel 7

Op de vraag van de fractie van de PvdA over het niet opnemen van de artikelen 5 en 10 in artikel 7 kan ten aanzien van artikel 10 worden geantwoord dat in dat artikel een afgeronde materiële regeling is neergelegd waarbij geen nadere invulling door zelfregulering voor de hand ligt. Artikel 5 zal worden toegevoegd aan artikel 7, zoals in deze Nota bij artikel 5 is vermeld.

Ten aanzien van de representativiteit van de organisaties, door de fractie van de VVD en van GroenLinks aan de orde gesteld, is niet beoogd een eigen regeling in het wetsvoorstel op te nemen, maar aan te sluiten bij de in de samenleving gangbare erkenning van organisaties. Wanneer is een werkgevers- of werknemersorganisatie representatief, wanneer een organisatie van artsen? In de praktijk wordt de KNMG als representatief voor de medische beroepsgroep erkend, al zijn niet alle artsen lid en worden werkgevers- en werknemersorganisatie als representatief beschouwd ook al zijn niet alle werkgevers en werknemers lid. Hetzelfde geldt voor de andere genoemde organisaties. Omdat per type keuring andere organisaties relevant kunnen zijn, is het geven van een limitatieve opsomming niet wenselijk. Bij het Protocol aanstellingskeuringen bijvoorbeeld is zonder veel problemen overeenstemming bereikt over de uit te nodigen organisaties.

De fractie van de VVD heeft een vraag gesteld over de bindendheid van zelfregulering. In principe wordt er bij zelfregulering van uitgegaan dat alle betrokkenen meedoen. De bindendheid hangt niet primair van de instemming af, maar van de vraag of degenen die instemmen, daardoor hun achterban binden. Dat is veelal niet het geval.

Op de keuze voor zelfregulering waar de fractie van de SP naar heeft gevraagd, is reeds in het algemeen deel ingegaan. De verwachtingen van zelfregulering op het gebied van de keuringen mogen niet worden overdreven onder andere vanwege de te grote tegenstelling van belangen, het ontbreken bij veel organisaties van de mogelijkheid hun achterban te binden en het ontbreken van een echt sanctiesysteem. De bezwaren van zelfregulering worden ondervangen door die te plaatsen in een wettelijk kader (geconditioneerde zelfregulering). Lukt het echter ook dan niet, dat moet vanwege de grote in het geding zijnde belangen de overheid ingrijpen. Die mogelijkheid biedt art. 13.

Artikel 8

De opmerking van de fracties van CDA en VVD dat artsen op grond van hun medische professionaliteit zelfstandig moeten oordelen is terecht, maar in de praktijk blijkt, met name als derdenbelangen in het geding zijn, dat het moeilijk kan zijn die onafhankelijkheid te bewaren. Zo rapporteren de sociaal geneeskundigen in het onderzoek «Chronisch zieken (on)beperkt aan het werk» (1995) dat werkgevers van hen verwachten dat

zij op risico keuren. Zie ook het rapport «Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt» van het College van toezicht sociale verzekeringen (1995). Om de professionele onafhankelijkheid te onderstrepen is het eerste lid opgenomen. Een bepaling als in het tweede lid is in gezondheidswetgeving gebruikelijk.

Over het door de fractie van de SP naar voren gebrachte standpunt betreffende de rapportage aan de keuringvrager verschillen de meningen. Het ziet er echter naar uit dat de opvatting dat niet enkel het resultaat doch ook strikt noodzakelijke gegevens mogen worden overgelegd, de overhand krijgt, mede door de eisen die in de publiekrechtelijke sector en in de AWB aan de besluitvorming worden gesteld. Bij het wetsvoorstel is de tweede benadering ook gevolgd omdat bij de goedkeuring aanpassing van de werkplek aan de orde kan zijn. Dan moet daarover enige, zij het beperkte mededeling kunnen worden gedaan.

Dat een arts bij een aanstellingkeuring zou mogen – zelfs moeten – weigeren de keuring te verrichten bij het ontbreken van medische functie-eisen, wordt gaarne onderschreven. Of dat in een aparte wetsbepaling moet worden neergelegd, is de vraag nu in art. 4 aanstellingskeuringen bij functies zonder medische functie-eisen niet zijn toegelaten en in art. 8 de onafhankelijkheid van de arts is vastgelegd.

Artikel 9

Naar aanleiding van de vraag van de fractie van de SGP kan worden opgemerkt dat de weigering van de keurling mede te werken op grond van art. 9 niet behoeft te berusten op een onevenredige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. Redenen kunnen ook zijn overschrijding van de doelbeperking, ongeoorloofde onderzoeken of vragen, het niet-verstrekken van de vereiste informatie e.d. Wanneer van een onevenredige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer sprake is, kan op grond van art. 7 door de betrokken partijen zelf nader worden uitgewerkt. Ook de jurisprudentie van de klachtencommissie en de rechter zal hierbij een rol spelen.

Het klachtrecht maakt het weigeringsrecht niet overbodig, zo wil ik aan de fractie van het GPV antwoorden. Het weigeringsrecht speelt tijdens de keuring, een uitspraak door de klachtencommissie vergt tijd. Het weigeringsrecht is overigens ook een correctie op de keuringvrager en de keurend arts. Zij worden er door de weigering mee geconfronteerd dat zij mogelijk niet overeenkomstig de wet handelen. Bestaat daarover verschil van inzicht, dan zullen rechter of klachtencommissie kunnen worden ingeschakeld. Vanwege de tijdsuur die met een procedure bij de klachtencommissie is gemoeid, ligt dan een kort geding voor de hand.

Artikel 10

Naar aanleiding van de desbetreffende vragen van de fractie van de PvdA kan worden opgemerkt dat een recht op herkeuring zich zeer wel verdraagt met het recht op eerste kennisname van art. 7:464 tweede lid 2 sub b. Zij liggen zelfs in elkaars verlengde. Immers vanwege het als eerste kennisnemen van de uitslag van de keuring kan de keurling besluiten tot het vragen van herkeuring zonder dat de keuringvrager al op de hoogte is van de uitslag. Bij het treffen van een regeling door de keuringvrager moet niet worden gedacht aan een regeling in het individuele geval maar aan een algemene regeling. Informatie over het concrete geval is daarbij dus niet aan de orde.

Anders dan de fractie van het CDA meent en tevens in antwoord op de fractie van de SGP, heeft een herkeuring wel degelijk zin en dit niet alleen voor de keurling maar ook voor de keuringvrager. De werkgever heeft uiteraard de vrijheid om iemand al dan niet in dienst te nemen, maar een

mogelijk onjuiste keuringsuitslag kan tot een verkeerde beslissing leiden. Dit is voor de keurling een nadeel, maar ook voor de keuringvrager die immers, onder voorbehoud van de keuring, al had besloten de betrokkene in dienst te nemen. Het zou in strijd zijn met de goede trouw als de keuringvrager terwijl de herkeuringprocedure loopt, een ander zou aanstellen. Maar, zo zij de fractie van de SP toegegeven, een recht op aanstelling heeft de keurling niet.

De suggestie van de fractie van de VVD om de herkeuring te vervangen door een herbeoordeling van de aanwezige keuringsgegevens zal in een aantal gevallen wellicht een begaanbare weg zijn, doch zeker niet altijd, zoals de fractie ook zelf opmerkt. Daarbij komt dat het niet alleen gaat om «meetgegevens» maar ook om inschattingen bijvoorbeeld van de belastbaarheid e.d. Daar kan heel goed tussen artsen verschil van inzicht over bestaan. Het vaststellen dat de keuring onjuiste resultaten heeft opgeleverd, is minder gemakkelijk dan het lijkt. Het is dus een eenvoudiger systeem om van herkeuring uit te gaan. Bij de herkeuring kan de onafhankelijk geneeskundige eventueel over de resultaten van de eerste keuring beschikken.

Het vereiste van onafhankelijkheid staat in de weg aan de door de fractie van D66 genoemde mogelijkheid van herkeuring door de keurend arts zelf. Met de onafhankelijk arts is de arts van de herkeuring bedoeld.

De fractie van het GPV heeft bij art. 9 gevraagd of er geen spanning kan ontstaan tussen het advies van de eerste keurende arts en de onafhankelijk geneeskundige vanwege verschil van gebruikte criteria. Omdat het gaat om een medisch-professioneel verantwoorde keuring, moet de onafhankelijk geneeskundige beschikken over de doel- respectievelijk medische functieomschrijving. Er behoort uiteraard op gelijke criteria te worden gekeurd. Dat de uitslag van de herkeuring de uitslag van de eerdere keuring vervangt, ligt in de rede, zo zij ook geantwoord aan de fracties van de VVD en het CDA. Anders heeft de herkeuring geen zin. Zij is juist bedoeld om een discussie te beëindigen, niet om een nieuwe te beginnen.

Artikel 11

De leden van de fractie van de VVD hebben gevraagd of er een of meer klachtencommissies kunnen zijn. Dat wordt, aspect van zelfregulering, aan de betrokkenen overgelaten. Men zou zich kunnen voorstellen dat die besluiten tot een klachtencommissie voor aanstellingskeuringen en een voor verzekeringskeuringen.

Als, zoals de fractie van GroenLinks naar voren brengt, een van de organisaties niet meewerkt aan de instelling van de klachtencommissie, defungeert de zelfregulering en kan het tweede lid van art. 13 in werking treden.

Sancties heeft de klachtencommissie niet, zij aan de fractie van de SP geantwoord. De commissie doet een uitspraak en vanwege de zelfregulering wordt ervan uitgegaan dat de uitspraak wordt nagekomen. Lukt dat niet, dan kan dat op een gegeven moment een reden zijn voor maatregelen als bedoeld in art. 13. Voorts is het nuttig op te merken dat de keurling ook naar de rechter kan gaan als de keuringvrager zich niet aan de uitspraak houdt; die zal, naar mag worden aangenomen, aan die uitspraak betekenis toekennen.

Artikel 12

Op de vragen van de fracties van de PvdA en het GPV kan worden geantwoord met een verwijzing naar de MvT ad art. 12. Daar is gezegd dat na totstandkoming van een wet op het vorderingsrecht van belangenorganisaties het artikel zou kunnen vervallen.

Artikel 13

Niet duidelijk is de opvatting van de fractie van het CDA dat artikel 13 bij geconditioneerde zelfregulering moet vervallen. Een van de aspecten van geconditioneerde zelfregulering is juist dat de overheid optreedt als zelfordening niet werkt. De vraag, ook gesteld door de fractie van de SP, of dan niet eerder tot wetgeving moet worden overgegaan is reeds eerder besproken.

Op de vraag van de fractie van de VVD over de gronden voor het inwerkingtreden van art. 13 kan worden geantwoord dat het gaat om de gronden die in dat artikel zelf worden genoemd.

Artikel 14

Naar aanleiding van de vraag van de fractie van de VVD over de suggestie van de regering om na aanvaarding van het wetsvoorstel de invoering een aantal jaren uit te stellen om de ongeconditioneerde zelfregulering een kans te geven, merk ik allereerst op dat uit die suggestie kan worden afgeleid dat de regering het wetsvoorstel van belang acht en achter de voortzetting van de parlementaire behandeling staat. Verder wil ik er op wijzen dat de parlementaire behandeling in beide kamers van de Staten-Generaal nog enige tijd in beslag neemt en het veld dus kan tonen of het zelfregulering tot stand kan brengen.

Voor wat de suggestie zelf betreft zal het de fractie van de VVD niet verbazen dat naar mijn mening de wet op zichzelf noodzakelijk is, onder andere om de zelfregulering te conditioneren, en dat een spoedige invoering na de parlementaire behandeling gewenst is.

Aangezien er in het algemeen en ook in het wetsvoorstel geen tegenstelling behoeft te bestaan tussen zelfregulering en wettelijke regulering, acht ik de denkwijze van de fractie van de VVD over de prioriteit van ongeconditioneerde zelfregulering niet logisch. Dit is zij alleen als men a priori het uitgangspunt neemt dat ongeconditioneerde zelfregulering altijd beter werkt dan geconditioneerde en wetgeving kan vervangen. Dat is echter evident niet het geval. Daarbij komt dat de meerderheid van de bij het Protocol aanstellingskeuringen betrokken partijen een opvatting over zelfregulering heeft die spoort met de uitgangspunten van het wetsvoorstel, en ongeconditioneerde zelfregulering ongewenst acht. Bij de verzekeringen bestaat nog geen zelfregulering die aan de eisen voldoet. Men heeft daar zeer veel tijd gehad zelfregulering met alle betrokken partijen tot stand te brengen. Het vraagstuk speelt immers al lang. Van een confrontatie van de verzekeraars met wetgeving zonder dat zij de eventuele positieve resultaten van zelfregulering kunnen afwachten, kan dan ook niet worden gesproken. Voor het vanwege die confrontatie laten vervallen van art. 5 van het wetsvoorstel bestaat dan ook geen reden. Maar belangrijker is dat art. 5 een van de kernartikelen van het wetsvoorstel vormt en een inhoud heeft die blijkens reacties in het Verslag en in de samenleving aansluit bij een opvatting die breed in de samenleving leeft.

Van Boxtel