

Vergaderjaar 2007–2008

31 267

Goedkeuring van de opzegging van deel VI van de op 16 april 1964 te Straatsburg tot stand gekomen Europese Code inzake sociale zekerheid (Trb. 1965, 47)

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 22 januari 2008

De regering dankt de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor de voortvarendheid waarmee zij het wetsvoorstel in behandeling heeft genomen. Bij de beantwoording van de vragen die de fracties naar aanleiding van het wetsvoorstel hebben gesteld, zal de rubricering van het verslag worden aangehouden.

INHOUD

blz.

1. Algemeen	1
2. De Code	2
3. De herziene Code	8
4. Betekenis van de uitspraak van de CRvB voor de Nederlandse ziektekostenverzekeringwetgeving	9
5. Overwegingen betreffende de verschillende mogelijkheden	10

1. Algemeen

De Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa stelt normen ter zake van het niveau van sociale zekerheid waaraan de contracterende partijen dienen te voldoen. Beoogd wordt door middel van deze normen de sociale lasten van de contracterende partijen te harmoniseren zodat voor de interstatelijke mededinging een gelijk speelveld ontstaat («level playing field»). Nederland hecht hieraan vanwege zijn hoge niveau van sociale bescherming. Daarbij wil Nederland niet alleen de beroepsbevolking sociale bescherming bieden tegen risico's voortvloeiend uit de beroepsbeoefening (risque professionnel) maar de gehele bevolking sociaal beschermen, ongeacht de aard van het risico (risque social). Evenals in vergelijkbare verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie vindt deze verbreding van de sociale bescherming ook zijn weerklank in de ontwikkeling van de normverdragen van de Raad van Europa. Naast de oude, uit 1967 stammende, Code inzake sociale zekerheid, is inmiddels in 1990 de herziene Europese Code inzake sociale zekerheid tot stand gekomen. Deze herziene Europese Code is, vanwege zijn grotere flexibiliteit, meer toegesneden op het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel dan de huidige Europese Code.

In Deel VI van de huidige Europese Code («arbeidsongevallen en beroeps-

ziekten») is namelijk een verbod opgenomen op eigen betalingen ingeval van medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. Aanvankelijk, ten tijde van de Ongevallenwet en de Invaliditeitswet, voldeed de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving aan deze norm. Inmiddels echter is de dekking van deze wetten opgegaan in brede, de gehele Nederlandse bevolking omvattende, sociale verzekeringen. Op het vlak van de ziektekostenverzekering kennen deze verzekeringen (de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet) wel eigen betalingen ongeacht de aanleiding voor medische zorg. Hiermee is strijdigheid ontstaan met de criteria van de bestaande Europese Code. Deze strijdigheid is bevestigd in een uitspraak van 8 september 2006 van de Centrale Raad van Beroep (CRvB)¹. De CRvB verklaarde de regeling van de eigen bijdragen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die verschuldigd zijn krachtens het Bijdragebesluit zorg, onverbindend in gevallen waarin de behoefte aan de desbetreffende verstrekking zijn oorzaak vindt in een arbeidsongeval of beroepsziekte. De CRvB kende hierbij rechtstreekse werking toe aan het verbod op het opleggen van eigen betalingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten, dat wil zeggen dat iedere betrokkene zich rechtstreeks kan beroepen op de desbetreffende normen van de Europese Code.

Bij de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel tot invoering van een eigen risico in de Zvw heeft de regering, mede na ter zake strekkende vragen van het parlement, aangegeven dat in samenhang met de invoering van het eigen risico in de Zvw Deel VI van de Europese Code was opgezegd en dat het onderhavige wetsvoorstel tot goedkeuring van deze opzegging aan het parlement zou worden voorgelegd.

Zoals de leden van de CDA-fractie in herinnering brengen is ook reeds in 1997 een wetsvoorstel tot opzegging van Deel VI van de Europese Code inzake sociale zekerheid ingediend. Dit wetsvoorstel is destijds door de Tweede Kamer verworpen omdat de Tweede Kamer de voorkeur gaf aan bekrachtiging van de herziene Code inzake sociale zekerheid. Door de bekrachtiging van de herziene Code vervalt de gebondenheid aan de huidige Code. Dat gebeurt echter pas wanneer de herziene Code in werking treedt en daarvoor is het noodzakelijk dat een tweede staat eveneens bekrachtigt. Informatie door Nederland bij de overige aangesloten landen van de Raad van Europa heeft uitgewezen, dat hierop vooralsnog geen uitzicht is². Opzegging van de huidige Code blijft derhalve noodzakelijk, ook wanneer Nederland de herziene Code ratificeert. De opzegging vindt plaats in samenhang met de indiening van het wetsvoorstel dat strekt tot bekrachtiging van de herziene Europese Code inzake sociale zekerheid. Zoals hiervoor is aangegeven kan de herziene Code eerst in werking treden na ratificatie door een tweede verdragspartij. De regering zal zich niettemin houden aan de in de herziene Code neergelegde normen. Nederland geeft door de ratificering van de herziene Code aan als verdragspartner te voldoen aan de meest recente normen op het gebied van de sociale zekerheid. Het betreft hier een modern, op de Nederlandse sociale zekerheidssituatie toegesneden instrument.

Het voorgaande geeft de overwegingen van de regering weer met betrekking tot de vraag van de leden van de CDA-fractie of opzegging van een verdrag de eerste weg dient te zijn voor de oplossing van de bestaande strijdigheid van de Nederlandse wetgeving met internationale normen.

2. De Code

De leden van de CDA-fractie vragen waarom juist nu het onderscheid tussen het sociaal risico (risque social) en het beroepsrisico (risque professionnel) knelt.

¹ CRvB.02/6144 AWBZ.LJN: AY8221

² Brief van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 14 december 2007 (TK, 2007–2008, 31 263, nr. 6).

De regering brengt onder de aandacht dat de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving, toen de huidige Code in werking trad, voldeed aan de normen die de Code in zijn onderscheiden onderdelen stelde aan de inrichting van het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel. Dat was ook het geval nadat in de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving het risqué social in de plaats werd gesteld van het risqué professionnel. De AWBZ werd vanaf 1 januari 1968 gefaseerd ingevoerd, de eigen bijdrageregeling bij intramurale AWBZ-zorg (destijds alleen voor personen ouder dan 65 jaar) op 1 april 1968. Jarenlang is ervan uitgegaan dat de normen van deel VI van de Code ten aanzien van de eigen bijdragen geen problemen opleverden, omdat in deel VI geen bepaling over eigen bijdragen was opgenomen. Pas toen er in 1986 door de Raad van Ministers van de Raad van Europa een resolutie werd aangenomen tegen Zwitserland, werd duidelijk dat het niet opnemen van een bepaling over eigen bijdragen waar dat in andere onderdelen van de Code die op verstrekkingen betrekking hadden II (Medische zorg) en VIII (Moederschap) wel zo was, betekende dat er in geval van een arbeidsongeval of beroepsziekte geen eigen bijdragen voor de in de Code opgesomde verstrekkingen mochten worden opgelegd. Nu de CRvB aan onderdeel VI van de Code rechtstreekse werking heeft toegekend, en de Nederlandse bijdragenregelingen onverbindend heeft verklaard ten aanzien van slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten, is feitelijk binnen het risqué social een risqué professionnel ingevoerd, zonder dat de wetgeving deze begrippen kent. De consequentie daarvan is dat er binnen de sociale ziektekostenverzekering, waaraan iedereen naar draagkracht bijdraagt en waaraan ook de werkgevers een aanzienlijke bijdrage leveren, een onderscheid wordt aangebracht naar mate de oorzaak van de behoefte aan medische zorg zijn oorzaak vindt in een arbeidsongeval of beroepsziekte, of anderszins. In het eerste geval is de verzekerde in financieel opzicht beter af, omdat dan geen eigen betalingen verschuldigd zouden zijn. Dat onderscheid binnen een en dezelfde ziektekostenverzekering acht de regering ongewenst.

De leden van de CDA-fractie zijn verbaasd dat de regering de toekenning van rechtstreekse werking aan deel VI van de Code een novum noemt. De regering meent dat hier sprake is van een misverstand. De regering noemde de toekenning van rechtstreekse werking aan een onderdeel van ILO-verdrag nr. 102 (betreffende eigen bijdragen bij kraamzorg tijdens een medisch noodzakelijke ziekenhuisopneming wegens bevalling) in een uitspraak uit 1996 van de Centrale Raad van Beroep destijds een novum, niet de uitspraak uit 2006 en de daarin toegekende rechtstreekse werking aan het verstrekkingenonderdeel van deel VI van de huidige Code. Voorts vragen deze leden welke stappen de regering tussen 2000 en nu heeft genomen om het in het rapport «Grenze(n)loze zorg» reeds gesignaleerde probleem van een mogelijke rechtstreekse werking van normverdragen op te lossen.

De regering merkt hierover op dat bij de inrichting van het verstrekkingenpakket in de Zvw (en voorheen de Ziekenfondswet) alsmede bij de invoering van het verplichte eigen risico (en voorheen de no-claim-teruggaverregeling) zo veel mogelijk rekening is gehouden met de normen van de normverdragen. Zo geldt geen eigen bijdrage voor kraamzorg als er sprake is van een medisch geïndiceerde ziekenhuisverpleging bij zwangerschap en bevalling, en wordt een aantal vormen van medische zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplichte eigen risico gehouden, en voordien buiten de no-claimteruggaverregeling.

Daarnaast heeft de regering de mogelijkheid van ratificatie van de Herziene Code voor ogen gehouden, die voor staten met een algemeen stelsel als het Nederlandse, wel eigen betalingen mogelijk maakt.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering in het verleden door de Raad van Europa op het invoeren van eigen bijdragen als bijvoorbeeld het «specialistengeeltje» is aangesproken.

Dat is niet het geval geweest bij het specialistengeeltje of de medicijnknaak en evenmin voor wat betreft de AWBZ-eigen-bijdragenregeling. Eigen bijdragen voor deze vormen van zorg zijn toegestaan in geval van ziekte. Nederland volstaat bij de periodieke rapportages over de Nederlandse wetgeving ten aanzien van de verstrekkingen in onderdeel VI, met een verwijzing naar de rapportages over onderdeel II.

Nederland is er in het verleden wel op aangesproken dat er bij medisch noodzakelijke opname en verpleging in het ziekenhuis wegens bevalling, een eigen bijdrage wegens kraamzorg werd gevraagd. Dat gebeurde destijds met het oog op een financieel gelijke behandeling van alle vrouwen die na een bevalling kraamzorg kregen. Voor de eigen bijdrage kraamzorg maakte het destijds niet uit of een vrouw thuis was bevallen, dan wel met of zonder medische indicatie in een ziekenhuis. De Raad van Europa was van mening dat in geval van een medisch noodzakelijke ziekenhuisopname, onderdeel VIII van de Code, waarin een expliciet verbod op eigen bijdragen bij medisch noodzakelijke ziekenhuisopname en -verpleging in verband met zwangerschap en bevalling is opgenomen, de eigen bijdrage wegens kraamzorg verbiedt. Toen ook de Centrale Raad van Beroep in 1996 aan het gelijkkluidende onderdeel van ILO verdrag nr. 102, betreffende minimumnormen inzake sociale zekerheid, rechtstreekse werking toekeende, heeft de regering besloten bij medisch noodzakelijke ziekenhuisopname en -verpleging niet langer eigen bijdragen voor kraamzorg op te leggen. De kosten wegens zwangerschap, bevalling en kraambed vallen bovendien niet onder het verplichte eigen risico.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering de in 1998 ingenomen opvatting van de Raad van State deelt dat verdragen alleen in bijzondere omstandigheden kunnen worden opgezegd. Welke zwaarwegende argumenten de regering kan aanvoeren voor de opzegging, zo vragen deze leden.

Zoals blijkt uit het algemene deel van deze nota, vindt ook de regering dat opzegging van verdragen alleen in bijzondere omstandigheden kan geschieden.

De regering heeft al eerder aangegeven dat de opzegging noodzakelijk is omdat bekrachtiging van de herziene Code voor de oplossing van de geconstateerde verdragsstrijdigheid van de Nederlandse regelgeving ten aanzien van slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten, geen effect heeft zolang geen tweede land de herziene Code bekrachtigt. De regering heeft de verdragsstrijdigheid, die zwaarder zou gaan wegen met de invoering van het verplichte eigen-risico in de Zvw per 1 januari 2008, zo snel mogelijk willen opheffen, maar wil tegelijkertijd geen ongelijke behandeling van verzekerden binnen een en dezelfde ziektekostenverzekering.

Deze leden van de PvdA-fractie vragen voorts of de regering een geschatte kostenpost van € 80 miljoen voldoende zwaarwegend acht. De regering acht handhaving van het principiële uitgangspunt dat voor de aanspraken en de voorwaarden waaronder deze worden verleend, binnen één en dezelfde ziektekostenverzekering geen onderscheid gemaakt mag worden naar de oorzaak van de behoefte aan een verstrekking, van meer belang dan de kostenpost die ontstaat als dat onderscheid wel wordt gemaakt. De regering brengt onder de aandacht dat handhaving van het uitgangspunt van gelijke behandeling in samenhang met het moeten voldoen aan deel VI van de huidige Code, tot uiterste consequentie heeft, dat zowel het verplichte eigen risico in de Zvw, als de eigen bijdragenregelingen in de Zvw en AWBZ zouden moeten worden ingetrokken. Het financiële gat dat daardoor wordt geslagen (zo'n kleine 3 miljard Euro),

moet vervolgens wel worden gedicht, bijvoorbeeld via premies of rijksbijdragen of een combinatie daarvan. Tegenover een voordeel ten aanzien van een kleine groep slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten ontstaat daardoor nadeel ten aanzien van de overige verzekerden door een zwaardere financiële last.

Overigens acht de regering het beëindigen van eigen betalingsregelingen (waaronder het verplichte eigen risico) geen reële weg, omdat daarmee één van de instrumenten tot kostenbeheersing en daarmee één van de pijlers van het huidige Nederlandse ziektekostenstelsel verloren gaat. De vraag van deze leden of het opzeggen van een compleet hoofdstuk van een internationaal verdrag proportioneel is ten opzichte van problemen met een klein deel van de Code, kan daarmee naar het oordeel van de regering, bevestigend worden beantwoord.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts naar de uitstraling die de opzegging zal hebben naar andere lidstaten van de Raad van Europa, die een minder goed sociaal stelsel hebben dan Nederland.

De regering stelt voorop dat Nederland, naast de Code, gebonden is aan ILO-verdrag nr. 121, betreffende de prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten (welk verdrag eigen betalingen voor verstrekkingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten wel mogelijk maakt). Het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel is derhalve ook wat slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten betreft, gebonden aan een internationale normering. Het is dus niet zo dat Nederland door de opzegging van deel VI van de huidige Code een signaal afgeeft als zou Nederland geen belang hechten aan bescherming van slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten. Integendeel. De regering geeft hiermee wel aan dat Nederland binnen het algemene, voor iedereen geldende stelsel van ziektekostenverzekeringen, ongeacht de oorzaak van de behoefte aan de medische verstrekkingen, gelijke rechten geeft en gelijke verplichtingen oplegt. De opzegging vindt plaats in samenhang met de indiening van het wetsvoorstel dat strekt tot bekrachtiging van de herziene Europese Code inzake sociale zekerheid. Zoals hiervoor is aangegeven kan de herziene Code eerst in werking treden na ratificatie door een tweede verdragspartij. De regering zal zich niettemin houden aan de in de herziene Code neergelegde normen.

Intussen is aan het deskundigencomité van de Raad van Europa goed uitgelegd waarom de opzegging noodzakelijk was. Daarbij is tevens aangegeven dat Nederland de herziene Code wil bekrachtigen en dat Nederland zich houdt aan de normen van de herziene Code. Vastgesteld is dat nu de herziene Code voor Nederland niet in werking kan treden zolang geen tweede land ook bekrachtigt, Nederland gebonden blijft aan deel VI van de huidige Code en dat daarom Nederland deel VI van de huidige Code heeft opgezegd. In de wandelgangen bleek hiervoor veel begrip. Nederland blijft in het opzicht van internationale standaarden immers niet achter door de opzegging van de huidige Code, maar loopt voorop door ratificatie van de herziene Code.

In antwoord op de vraag van de leden van de PvdA-fractie welke waarde de regering hecht aan internationale standaarden op dit gebied, herhaalt de regering dat zij deze verdragen belangrijk vindt niet alleen vanwege de waarborgen die daarmee aan de sociale zekerheidsbescherming van de (beroeps)bevolking worden geboden, maar vooral ook vanwege het economische level-playing-field dat door die verdragen wordt bevorderd. Op de vraag van de leden van de PvdA of de regering voornemens is hoe dan ook aan alle internationale normen van de herziene dan wel de nu geldende Code inzake sociale zekerheid te voldoen, antwoordt de regering dat uitgangspunt van de regering is dat verdragen worden nageleefd, tenzij er zwaarwegende redenen zijn dat niet te doen. Bij bekrachtiging van de herziene Code worden de daarin gestelde normen nageleefd, zoals

dat ook het geval is ten aanzien van de andere voor Nederland geldende normverdragen inzake sociale zekerheid, zoals de ILO-verdragen 102, 103 en 121. De regering is evenwel op grond handhaving van het sociale beschermingsprincipe dat aan de Nederlandse sociale zekerheidsregelingen in het algemeen en aan de sociale ziektekostenregeling in het bijzonder ten grondslag ligt, bij uitblijven van de inwerkingtreding van de herziene Code, niet bereid wettelijk te regelen dat slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten van de eigen betalingsregelingen in de ziektekostenverzekeringen worden uitgezonderd.

De leden van de PvdA-fractie vragen voorts welke negatieve gevolgen de Europese Code tussen 1998 en nu heeft gehad op het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel. Deze leden verwijzen naar het plenaire debat op 12 februari 1998 waarin de toenmalige regering had aangegeven dat het niet opzeggen van de deel VI van de Code een kostenpost van 2,7 miljard gulden tot gevolg zou hebben en vragen hoeveel kosten in verband daarmee daadwerkelijk zijn gemaakt. Tevens vragen deze leden of de regering verwacht dat op de rechtstreekse werking veel aanspraak zal worden gemaakt. Kan de regering aangeven hoeveel kosten daadwerkelijk gemaakt zijn, zo vragen deze leden.

De regering antwoordt hierop dat de negatieve gevolgen van de huidige Code zich kunnen voordoen vanaf de datum dat de Centrale Raad van Beroep rechtstreekse werking toekende aan het verbod op eigen betalingen voor verstrekkingen in geval van een arbeidsongeval of beroepsziekte in september 1996. Voor die datum konden verzekerden geen rechtstreeks beroep op deel VI van de Code doen.

Het bedrag van f 2,7 miljard dat in het plenaire debat (Handelingen II, 12 februari 1998, 54-4085) werd genoemd, betrof het totale bedrag dat aan eigen bijdrage op grond van de Ziekenfondswet (f 0,9 miljard) en AWBZ (f 1,8 miljard) werd geheven.

In Nederland wordt geen onderscheid gemaakt naar de oorzaak van de noodzaak van zorg. Er wordt dus ook geen onderscheid gemaakt naar beroepsrisico en niet-beroepsrisico. De toenmalige regering ging er vanuit dat het niet wenselijk zou zijn dat onderscheid in de Ziekenfondswet en de AWBZ te gaan invoeren. Voldoen aan de huidige Code zou in dat geval inhouden dat alle eigen bijdragen zouden moeten worden afgeschaft, hetgeen in 1998 een opbrengstverlies van f 2,7 miljard zou inhouden. Omdat er niet wordt bijgehouden wie er zorg geniet ten gevolge van een arbeidsongeval of een beroepsziekte, wordt ook niet geregistreerd welk bedrag er aan eigen bijdragen wordt betaald voor zorg ten gevolge van een arbeidsongeval of beroepsziekte. In de ons omringende landen wordt een dergelijk onderscheid wel gemaakt. Daar kent men wel het risico professioneel. Op basis van ervaringen in die landen, kan slechts een ruwe schatting gemaakt worden van het met de eigen bijdragen bij zorg ten gevolge van een arbeidsongeval of beroepsziekte gemoeide bedrag. Bij de berekening van de gemiddelde kosten die Nederland aan de andere Europese Unielidstaten moet betalen, worden de kosten van zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten geschat op circa 3% van de totale zorgkosten.

Uitgaande van het percentage van 3% wordt in de memorie van toelichting een bedrag van ongeveer € 70 miljoen genoemd voor het niet kunnen innen van de eigen bijdrage AWBZ als gevolg van een arbeidsongeval of beroepsziekte. € 10 miljoen komt voor rekening van de eigen betalingen in de Zvw. Een schatting is echter eigenlijk niet te maken, zoals ook in antwoorden op vragen van de leden Blok en Van Miltenburg (Kamerstukken II 2006/07, 990) is aangegeven.

Voor zover bekend gaat het tot nu toe alleen om de persoon waar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep betrekking op heeft. Het College voor zorgverzekeringen heeft nog over vier andere personen vragen gehad. Mogelijk komen er dus nog enkele personen bij die

vanwege een beroepsziekte of arbeidsongeval op basis van de huidige Code geen eigen bijdrage verschuldigd zijn.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering van mening is dat een nieuw stelsel voor arbeidsongevallen en beroepsziekten moet worden ingevoerd indien de huidige Code blijft gehandhaafd en, zo ja, of de regering dit juridisch kan onderbouwen. De leden van de SP-fractie vragen naar de andere alternatieven die er zijn in plaats van de opzegging. Indien de huidige Code gehandhaafd blijft, leidt dit naar de mening van de regering, niet noodzakelijk tot invoering van een afzonderlijk stelsel voor arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Er is een aantal alternatieven.

De eerste mogelijkheid is dat, onder handhaving van het aan de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving ten grondslag liggende *risque social*, het totale stelsel van eigen betalingen (verplichte eigen risico in de Zvw en de eigenbijdrageregelingen in de Zvw en de AWBZ) wordt afgeschaft. Kosten daarvan: een kleine € 3 mld, op andere wijze te financieren door middel van premieverhoging of rijksbijdragen, of een combinatie daarvan. Daarmee wordt één van de pijlers van het huidige Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekering, namelijk kostenbeheersing, uitgehouden.

Het tweede alternatief is: niets doen. Mensen die aannemelijk kunnen maken dat de behoefte aan een verstrekking het gevolg is van een arbeidsongeval of beroepsziekte, kunnen met een beroep op deel VI van de Code (waaraan wat het verbod op eigen betalingen betreft, rechtstreekse werking is toegekend), worden ontheven van het verplichte eigen risico of eigen bijdragen. Feitelijk betekent dit een, door de regering onwenselijk geachte, tweedeling in de aanspraken. Omdat bovendien het begrippenkader niet bekend is in de Nederlandse wetgeving, zal in de praktijk hieraan op basis van casuïstiek invulling worden gegeven door uitvoering en rechterlijke macht. Dat kan leiden tot willekeur, en in elk geval tot een aanzienlijke belasting van het rechterlijk apparaat.

Dat laatste zal ook het geval zijn als voor een derde alternatief wordt gekozen: invoering van een afzonderlijk stelsel voor arbeidsongevallen en beroepsziekten in de gehele sociale zekerheidswetgeving. Die casuïstische invulling en de hoeveelheid jurisprudentie was één van de overwegingen om in 1967 het beginsel van het *risque professionnel* in de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving te verlaten voor een brede sociale zekerheidsbescherming voor de gehele bevolking. Hetzelfde bezwaar gekoppeld aan het bezwaar van ongelijke behandeling, geldt voor een uitzondering in de bestaande eigen-betalingsregelingen voor slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Het laatste alternatief is invoering van een afzonderlijke regeling voor arbeidsongevallen en beroepsziekten alleen in de ziektekostenverzekeringswetgeving, nu deze wetgeving voor wat betreft de eigen betalingen in strijd is met deel VI van de Code en de overige (uitkeringen)wetgeving niet. Naast het nadeel dat hierboven is geschetst is zou dit een principiële merkwaardige figuur binnen het Nederlandse stelsel van sociale zekerheid zijn. Daarmee wordt immers één van de principes losgelaten die aan de Nederlandse sociale zekerheid als geheel ten grondslag liggen, namelijk alle verzekeringswetten zijn gebaseerd op hetzelfde uitgangspunt (*risque social*). De andere principes zijn: wie aan de voorwaarden voor verzekering van één der volksverzekeringen voldoet, voldoet daarmee aan de voorwaarden van alle volksverzekeringen: men is verzekerd hetzij voor alle volksverzekeringen of voor geen van de volksverzekeringen, maar niet voor de ene wel en voor de andere, die op precies dezelfde voorwaarden berust, niet. De Zvw is volgend ten aanzien van de verzekeringsplicht voor de volksverzekeringen via de verzekeringsplicht voor de AWBZ. Het ligt naar de mening van de regering niet voor de hand voor één onderdeel dat niet aan deel VI van de Code voldoet, een dergelijke principiële ommekeer

in de sociale ziektekostenverzekeringswetgeving (noch in de overige socialeverzekeringswetten) te weeg te brengen.

De leden van de SP-fractie vragen om een toelichting waarom de regering het wel gerechtvaardigd vindt om een eigen bijdrage te heffen over behandelingen waarin de behoefte aan de desbetreffende verstrekking vindt in een arbeidsongeval of beroepsziekte.

Zoals hiervoor aangegeven, acht de regering het niet gerechtvaardigd een onderscheid te maken bij het opleggen van eigen betalingen al naar gelang de oorzaak van de behoefte aan medische zorg. Voor de financiële situatie van een verzekerde hoort het niet uit te maken of de zorg noodzakelijk is geworden als gevolg van een val van de ladder bij het reinigen van de ramen bij de uitoefening van het beroep of bij het reinigen van de ramen als huishoudelijke klus in het weekend.

Voor het antwoord op de vraag van deze leden wat de overwegingen zijn geweest voor het opzeggen van deel VI van de huidige Code verwijst de regering naar het algemeen deel van deze nota naar aanleiding van het verslag.

De leden van de SP-fractie vragen voorts waarom deze Europese Code de regering niet tot inzicht heeft gebracht dat het heffen van eigen betalingen in de zorg niet solidair is en dat men daar eigenlijk van af moet zien.

De regering brengt onder de aandacht dat de Code geen algeheel verbod op eigen betalingen stelt. Deze zijn zelfs uitdrukkelijk toegestaan in deel II van de huidige Code (medische zorg bij ziekte), alsmede in het overeenkomstige onderdeel van de modernere herziene Europese Code, mits deze geen kennelijke hardheid met zich meebrengen. De regering is van mening dat er bij de Nederlandse regelingen betreffende eigen betalingen geen sprake is van zodanige hardheid.

De leden van de SP-fractie vragen voorts welke andere gevolgen het opzeggen van deze Europese Code kan hebben voor de sociale zekerheid van de Nederlandse burgers?

De regering ziet dergelijke gevolgen niet. De Nederlandse sociale zekerheidswetgeving moet voor wat de bescherming bij arbeidsongevallen en beroepsziekten betreft ook na het opzeggen van deel VI van de Europese Code inzake sociale zekerheid, nog steeds voldoen aan internationale normering. Nederland is immers gebonden aan ILO-verdrag 121 dat normen stelt voor arbeidsongevallen en beroepsziekten. Dit normverdrag maakt eigen betalingen mogelijk voor staten die, zoals Nederland, de medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten verleent in het kader van een algemeen stelsel indien het stelsel voor alle ingezetenen langdurige verpleging waarborgt. Daarnaast zal de regering zich houden aan de normen van de herziene Europese Code als deze wordt bekrachtigd.

De regering hoopt met het voorgaande de leden van de SP-fractie te hebben overtuigd van het belang dat ook de regering stelt in de sociale-zekerheidsbescherming van personen die door een arbeidsongeval of beroepsziekte zijn getroffen, zij het dat de regering hecht aan gelijke aanspraken voor iedereen, ongeacht de aard van de noodzaak van de prestatie. De regering meent dat met de opzegging van deel VI van de Code feitelijk geen afbreuk wordt gedaan aan de internationaalrechtelijke, noch aan de nationaalrechtelijke sociale zekerheidsbescherming van slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten.

3. De herziene Code

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering ook heeft overwogen om alleen deel VI van de herziene Code te bekrachtigen.

De regering antwoordt daarop dat de herziene Code intrinsieke voordelen

biedt ten opzichte van de huidige Code. De herziene Code is moderner en flexibeler. Aangezien de Nederlandse wetgeving in overeenstemming is met alle delen van de herziene Code ziet de regering geen aanleiding de bekrachtiging te beperken tot alleen Deel VI.

De vraag van deze leden of de Nederlandse arbeidsongeschiktheidsverzekering voldoet aan de normen van deel VI van de Code, beantwoordt de regering bevestigend.

4. Betekenis van de uitspraak van de CRvB voor de Nederlandse ziektekostenverzekeringswetgeving

Van de zijde van de fractie van het CDA is, onder verwijzing naar het in 1997 bij de Kamer aanhangig gemaakt wetsontwerp tot goedkeuring van de opzegging van deel VI van de Europese Code (Kamerstukken 1996–1997, 25 524), de vraag gesteld of de Algemene Nabestaandenwet voldoet aan de normen van de Europese Code, en of er op dit punt jurisprudentie bestaat. Naar aanleiding hiervan merken wij op, dat de aanleiding voor de indiening van het wetsontwerp tot goedkeuring van de opzegging destijds primair gelegen was in de eigen bijdrage-problematiek in het kader van de ziektekostenverzekering. De Algemene Nabestaandenwet voldoet aan de materiële normen van de Europese Code. De vraag over verenigbaarheid van deze wet met diverse internationaalrechtelijke normen (waaronder die van de Code) is destijds in diverse procedures aan een rechterlijk oordeel onderworpen, hetgeen niet tot een andersluidend rechterlijk oordeel heeft geleid. De CRvB is overigens van oordeel dat de voor de ANW relevante normen van de Code niet kunnen worden beschouwd als een ieder verbindende bepalingen, als bedoeld in de artikelen 93 en 94 van de Grondwet (uitspraak CRvB 99/1776 Anw en 99/2544 Anw, d.d. 24-1-2001)

De leden van de CDA-fractie plaatsen een aantal vraagtekens bij de raming door de regering van het financiële belang van opzegging van deel VI van de Code op € 80 miljoen per jaar. Deze leden vragen hoeveel mensen op dit moment genieten van de vrijstelling van het gebruik van eigen betalingen, omdat hun ziekte een gevolg is van een arbeidsongeval en/of arbeidsgerelateerde ziekte. Evenals de leden van de PvdA-fractie in onderdeel 2 (de Code) vragen deze leden voorts naar de budgettaire derving en vragen zij waarom in de berekeningen is uitgegaan van de cijfers over 2005.

Zoals de regering hierboven in onderdeel 2 van deze nota bij de beantwoording van soortgelijke vragen van de leden van de PvdA-fractie betreffende de opzegging van de Code heeft aangegeven, is de raming gebaseerd op ervaringscijfers van staten die een afzonderlijke regeling voor arbeidsongevallen en beroepsziekten kennen voor wat betreft het deel van de kosten van zorg die het gevolg is van een arbeidsongeval of beroepsziekte (3% van de totale zorgkosten). Hetzelfde percentage is vervolgens gebruikt voor de raming van het bedrag dat dan met (gederfde) eigen betalingen zou zijn gemoeid.

Zoals de regering hiervoor in het antwoord op een vraag van de leden van de PvdA-fractie heeft aangegeven, is tot nu toe alleen de persoon waar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep betrekking op heeft, bekend. Het College voor zorgverzekeringen heeft nog over vier andere personen vragen gehad. Mogelijk komen er dus nog enkele personen bij die vanwege een beroepsziekte of arbeidsongeval op basis van de huidige Code geen eigen bijdrage verschuldigd zijn. De budgettaire derving is dus tot nu toe een aantal duizenden euro's per jaar.

Bij de opstelling van de raming van de derving van AWBZ-eigen bijdragen is uitgegaan van cijfers van 2005 omdat het op dat moment de laatst vastgestelde cijfers betrof.

De leden van de CDA-fractie vragen of door de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) de eigen bijdragen van de extramurale AWBZ zijn overgeheveld naar de WMO. Deze leden vermoeden voorts dat de Wmo niet onder deel VI van de Code valt, zodat eigen bijdragen in de Wmo mogelijk blijven. Kan de regering dit vermoeden bevestigen, zo vragen deze leden.

In reactie hierop merkt de regering op dat alleen de huishoudelijke verzorging naar de Wmo is overgegaan en dat er dus nog eigen bijdragen voor extramurale verpleging en persoonlijke verzorging op grond van de AWBZ worden geheven. Aangezien huishoudelijke verzorging geen geneeskundige zorg is in de zin van artikel 34 van de Code, is het vragen van een eigen bijdrage voor deze zorg aan personen met een arbeidsongeval of beroepsziekte toegestaan. Deze eigen bijdragen kunnen dus inderdaad blijven bestaan.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de motivatie tot opzegging gelegen is in angst voor de gevolgen voor uitbreiding van de uitspraak van de CRvB. Acht de regering opzegging noodzakelijk vanwege deze uitspraak, zo vragen deze leden.

Voor het antwoord op deze vraag verwijst de regering kortheidshalve naar hetgeen hierover is opgemerkt in onderdeel 1. Algemeen, van deze nota.

De leden van de PvdA-fractie vragen daarnaast, hoe zich dit verhoudt tot de uitspraak van toenmalig minister Borst tijdens het plenaire debat over ditzelfde onderwerp op 12 februari 1998, dat de aanleiding voor opzegging van de Code inzake sociale zekerheid weliswaar was gelegen in de uitspraak van de CRvB in 1996, maar de dieperliggende reden voor opzegging de toekomstige ratificatie van de herziene Code was. Staat de regering nog steeds achter deze redenering? Gaat deze redenering ook op indien Nederland als enige verdragspartner bij de Raad van Europa de herziene Code ondertekent waardoor deze feitelijk geen werking heeft, zo vragen deze leden.

Minister Borst heeft blijkens de desbetreffende handelingen (TK 1997–1998) nr. 28 gezegd dat de reden van de toenmalige opzegging van deel VI van de Code was, dat de ratificatie van de herziene Code, die wel recht doet aan het Nederlandse systeem (sociale risico) langer op zich liet wachten dan de regering aanvankelijk dacht. De aanleiding voor de opzegging was de mogelijke reflexwerking van de uitspraak van de CRvB van 1996 waarbij (als novum ten aanzien van wat werd beschouwd als een instructief normverdrag) aan een onderdeel van ILO-verdrag nr. 102 rechtstreekse werking werd toegekend (verbod op eigen betalingen bij medisch noodzakelijke ziekenhuisopname wegens bevalling). Deze redenering gaat nog steeds op. Sterker nog: nu is gebeurd wat de regering destijds voorzag. De ratificatie van de herziene Code door andere landen laat nog geruime tijd op zich wachten en door de CRvB is rechtstreekse werking toegekend aan het verbod op eigen betalingen voor slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten. De opzegging is dan ook nog klemmender geworden.

5. Overwegingen betreffende de verschillende mogelijkheden

De leden van de CDA-fractie lezen in de memorie van toelichting dat de regering verschillende mogelijkheden heeft overwogen om het conflict tussen deel VI van de Code en de Nederlandse wetgeving, zoals geconstateerd door de CRvB, op te lossen. Genoemde leden willen een andere mogelijkheid tot oplossing van het conflict voorleggen en verzoeken de regering daarop te reageren. In het regeerakkoord staat het voornemen om de componenten wonen en zorg verder te scheiden. De wooncomponent valt niet onder deel VI van de Code en daarom is het mogelijk om voor de wooncomponent een inkomensafhankelijke bijdrage in reke-

ning te brengen. De wooncomponent is ook de component waarvoor de hoogste eigen bijdrage in rekening wordt gebracht. Immers voor extramurale AWBZ wordt maximaal 15% van het bruto-inkomen geheven, terwijl voor intramurale AWBZ een vrijstelling 15% van het netto inkomen geldt. Voor de zorgcomponent kan de regering overwegen om de aangenomen motie-Mosterd/Bakker (30 131, nr. 76) uit te voeren, namelijk afschaffing van de eigen bijdragen voor de zorgcomponent in de AWBZ.

In reactie op de suggestie van de leden van de CDA-fractie om zoals in de motie-Mosterd/Bakker (Kamerstukken II, 2005/06, 30 131, nr. 76) is voorgesteld, de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg af te schaffen en de eigen bijdrage uitsluitend te laten gelden voor de wooncomponent, merkt de regering op dat het kabinet aan de hand van het binnenkort te verwachten advies van de SER een besluit moet nemen over de toekomstige vormgeving en structuur van de AWBZ. Bij deze besluitvorming wordt, uiteraard uitgaande van de afspraak in het Coalitieakkoord over de scheiding van wonen en zorg, ook de aangenomen motie-Mosterd/Bakker betrokken. Het spreekt voor zich dat daarbij ook de financiële gevolgen van eventuele afschaffing van de eigen bijdrage voor AWBZ-zorg aan de orde komen. Uit het voorgaande moge al blijken dat de suggestie van de leden van de CDA-fractie niet op korte termijn een oplossing zal kunnen bieden en zeker niet op de termijn die noodzakelijk is om met aanvaarding van het onderhavige wetsvoorstel de opzegging van deel VI van de Europese Code te bekrachtigen. Tevens zou deze suggestie dan enkel een oplossing zou zijn voor de AWBZ-zorg. Voor de Zvw-prestaties en het daarvoor geldende verplicht eigen risico en de zorggebonden eigen betalingen, biedt de door deze leden gesuggereerde route geen perspectief.

Dit alles overziend is de regering van oordeel dat deze suggestie van de leden van de CDA-fractie geen alternatief kan zijn voor tijdige aanvaarding van het onderhavige wetsvoorstel.

In het debat over de invoering van het eigen risico in de zorg is door de regering gesteld dat mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten gecompenseerd worden voor het verplichte eigen risico. Voldoet Nederland door de compensatiemaatregelen aan de verdragsverplichtingen, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De compensatiemechanismen spelen geen rol bij de vraag of Nederland voldoet aan de verdragverplichtingen die voortkomen uit deel VI van de Europese Code. Die verdragsverplichtingen zijn ook niet relevant geweest bij de hier genoemde compensatiemaatregelen. Deze financiële compensaties hangen enkel samen met de vervanging van de no-claimteruggaveregeling door het verplicht eigen risico en staan los van de verdragsverplichtingen. Conform de systematiek die geldt voor de nominale Zvw-premie en de zorgtoeslag wordt hierbij geen onderscheid gemaakt tussen verzekerden die geen of wel zorg gebruiken, laat staan dat daarbij onderscheid wordt gemaakt tussen verzekerden die op zorg zijn aangewezen als gevolg van een arbeidsongeval of een beroepsziekte en verzekerden die vanwege een andere oorzaak zorg inroepen. Bij de compensatie op grond van artikel 118a van de Zvw wordt dit laatstgenoemde onderscheid evenmin gemaakt.

De leden van de CDA-fractie vragen of er een rechterlijke uitspraak is op het gebied van de no-claim of het eigen risico?

Er is geen rechterlijke uitspraak dat de no-claimteruggaveregeling of het verplicht eigen risico in strijd zou zijn met de internationale normverdragen. Ik wil in dit verband wijzen op de uitspraak van de rechtbank 's-Gravenhage van 7 juli 2006 inzake de rechtmatigheid van de no-claimteruggaveregeling. In dit vonnis heeft de voorzieningenrechter uitgesproken dat de no-claimteruggaveregeling niet in strijd is met inter-

nationale verdragen waaraan Nederland zich heeft gebonden, zoals de Europese Code inzake sociale zekerheid.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink