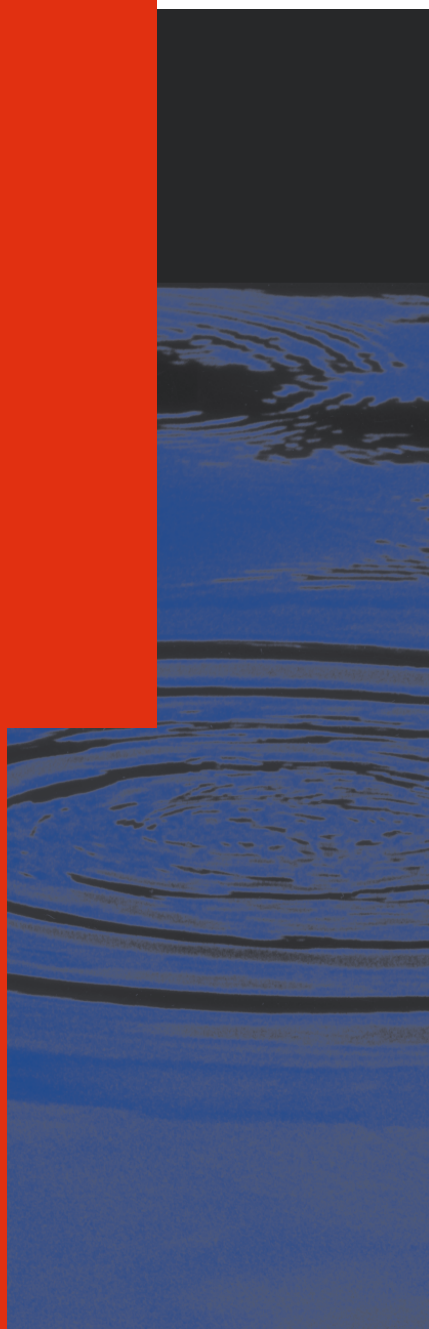
ZorgOnderzoek Nederland | ZON
Commissie evaluatie regelgeving
Programma **evaluatie regelgeving**

Evaluatie Wet op de medische keuringen



Evaluatie

Wet op de medische keuringen

E.L. de Vos
M. Westerveld
A.M. Kremer
M. Aerts
F.M. Andries

Den Haag: ZON MW, juni 2001
Reeks evaluatie regelgeving: deel 6

Inhoud

1. Introductie 9

1.1 Aanleiding tot evaluatieonderzoek naar de Wet op de medische keuringen 9
1.2 Regulering: De aanloop tot de Wet op de medische keuringen 10
1.2.1 Regulering verzekeringskeuringen: Gezondheids- versus verzekeringsrecht 10
1.2.2 Regulering aanstellingskeuringen 17
1.2.3 Korte historie zelfregulering Aanstellingskeuringen 19
1.2.4 Aanvaarding van de WMK: compromissen 20
1.3 De normstellingen van de WMK 21
1.3.1 Normstellingen ten aanzien van keuring en medisch onderzoek 21
1.3.2 De normstellingen in de WMK op het werkingsgebied van aanstellingen 22
1.3.3 Normstellingen in de WMK ten aanzien van pensioen- en verzekeringskeuringen 25
1.3.4 Zelfregulering in de context van keuringen: artikel 9, 13 en 14 WMK 31
1.3.5 Andere relevante normen en regelgeving in het kader van keuringen 34
1.3.6 Verslag over doeltreffendheid en effecten van de WMK (art. 15) 38
1.3.7 Centrale onderzoeksvragen 39
1.4 De onderzoeksvragen per deelonderzoek en methode 40
1.4.1 Inleiding 40
1.4.2 Operationalisering van de onderzoeksvragen 40
1.4.3 Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten? 45
1.4.4 Centrale onderzoeksvraag 2: Afstemming, handhaving en de WMK als instrument voor rechtspositieversterking 49
1.4.5 Centrale onderzoeksvraag 3: de zelfregulering 50
1.4.6 Conceptueel kader: invulling van vrije ruimte en uitvoering 51
1.4.7 Onderzoeksmethode: vragen aan actoren 53
1.4.8 Beschrijving resultaten 56

2 Empirisch onderzoek naar aanstellingskeuringen 57

2.1 Inleiding en aanpak 57
2.2 De aanstellingskeuring voor 1998 58
2.3 In welke mate kwamen aanstellingskeuringen voor? 59
2.3.1 Reden, doel en uitvoering van keuring tot 1998 60
2.3.2 Mate waarin aanstellingskeuringen voor 1998 in afkeuring en herkeuring resulteren 60

2.4 De toename van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998: enkele verklaringen 61

2.5 Ontwikkelingen sinds de invoering van de WMK 62
2.5.1 Inleiding 62
2.5.2 Actoren: arbodiensten en bedrijfsartsen 62
2.5.3 Actor: werkgever 63
2.5.4 Actor: de politiek 64
2.5.5 Invloed ontwikkelingen na 1998 op het empirisch onderzoek 65
2.6 Empirisch onderzoek naar werkgeversbeleid 65
2.6.1 Verantwoording onderzoek 65
2.6.2 Bedrijven die medische aanstellingkeuringen laten uitvoeren 66
2.6.3 Andere bronnen over keurende bedrijven 69
2.6.4 Vragen van werkgevers naar de gezondheid, eerder verzuim en een gezondheidsverklaring 69
2.6.5 Wanneer gaat men over tot het achterhalen van gezondheidskenmerken? 71
2.6.6 Overleg met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring 72
2.6.7 Klachtenprocedure 73
2.6.8 Een door WMK verborgen gebleven arbeidshandicap 74
2.6.9 Conclusies geordend naar de onderzoeksvragen 75
2.7 Empirisch onderzoek onder bedrijfsartsen 76
2.7.1 Inleiding 76
2.7.2 De WMK en de beroepspraktijk van bedrijfsartsen 78
2.7.3 Aanstellingskeuringen in de jaren 1998 en 1999 83
2.7.4 Samenvatting en conclusies geordend naar onderzoeksvragen 94
2.8 Resultaten kwalitatief onderzoek 97
2.8.1 Inleiding 97
2.8.2 Schattingen van aantallen aanstellingskeuringen en de mate van vragen naar gezondheid 98
2.8.3 Klachten van sollicitanten 99
2.8.4 Effecten op bedrijfssectorniveau: werkgevers en bedrijfsartsen 100
2.8.5 Gezondheidsverklaringen 101
2.8.6 Wel of geen keuring volgens de ARA 104
2.8.7 WMK en intrede-onderzoeken 105
2.8.8 (Uit)werking van de WMK op werknemers 105
2.9 Zelfregulering: Inleiding 106
2.9.1 Advies AMvB Klachtenprocedure en klachtencommissie 107
2.9.2 Zelfnormering door afzonderlijke partijen 109
2.10 Samenvatting resultaten 110

3 Empirisch onderzoek naar verzekeringskeuringen 111

3.1 Inleiding en aanpak 111
3.2 Ontwikkelingen na inwerkingtreding van de WMK 112
3.2.1 Beleidsonderzoek na invoering van de Wet op de medische keuringen 113
3.2.2 De eerste rechterlijke uitspraken: overgangsrecht en de ‘individuele’ werknemersverzekering 114
3.2.3 Het Convenant Fraudebestrijding: een ‘in de periferie van de WMK’ tot stand gebrachte regeling 115

3.3 Arbeidsgerelateerde verzekeringen: het keuringsverbod van artikel 4 117
3.3.1 Inleiding 117
3.3.2 Pensioenfondsen: naleving van en reacties op het keuringsverbod 118
3.3.3 Beleidsaanpassingen bij verzekeraars 121
3.4 Particuliere verzekeringen: regulering van de verzekeringskeuring 135
3.4.1 Inleiding 135
3.4.2 De voorlopige invulling van de artikelen 5 en 6 WMK: het moratorium erfelijkheid en de HIV-gedragscode 136
3.4.3 Medische dossiervorming 139
3.4.4 Het consumentenperspectief 143
3.4.5 Naleving van de keuringsregulering: enige eerste conclusies 146
3.5 Zelfregulering; stand van zaken per 1.1.2001 147
3.5.1 Inleiding 147
3.5.2 De WMK, initiatieven tot zelfregulering 147
3.5.3 De afwezigheid van zelfregulering: genoemde oorzaken 148
3.5.4 Zelfregulering, enige eerste conclusies 150
3.6 Samenvatting resultaten 151

4 Synthese 153

4.1 Inleiding 153
4.1.1 Geschiedenis en werkingsgebied 154
4.1.2 Evaluatieonderzoek 156
4.1.3 Centrale onderzoeksvragen 156
4.1.4 Gegevensverzameling 157
4.2 Beknopte beantwoording onderzoeksvragen 158
4.2.1 Evaluatie onderzoek Wet op de medische keuringen: aanstellingen 158
4.2.2 Evaluatie onderzoek Wet op de medische keuringen: verzekeringen 169
4.2.3 Zelfregulering 182
4.3 Beschouwing 185
4.3.1 Verschillende standpunten over de effectiviteit 185
4.3.2 Omstreden zaken 187
4.3.3 De WMK en de arbeidsmobiliteit 188
4.3.4 Handhaving en rechtspositie keurling is niet duidelijk verbeterd 189
4.3.5 Zelfregulering is niet van de grond gekomen 190
4.3.6 In hoeverre heeft het onderzoek antwoord kunnen geven op vragen 191

Literatuur 193
Afkortingen 203

Bijlage 1: Wet op de medische keuringen (van 1 januari 1998) 205
Bijlage 2: Protocol Aanstellingskeuringen (PAK) 211
Bijlage 3: Methodiek 219
Bijlage 4: Samenstelling onderzoekers 225
Bijlage 5: Samenstelling Begeleidingscommissie 227
Bijlage 6: Samenstelling Commissie evaluatie regelgeving 229

Voorwoord

Het voorliggende rapport bevat de resultaten van het eerste onderzoek naar de doeltreffendheid en effecten van de Wet op de medische keuringen (WMK). De gegevens dienen voor de eerste evaluatie nadat de wet drie jaar in werking is.
Aan het onderzoek heeft een groot aantal personen (ruim 2000) meegewerkt door het beantwoorden van vragen over hun ervaringen met aanstellingskeuringen, pensioen- en verzekeringskeuringen en zelfregulering. De onderzoekers bedanken hen hierbij hartelijk voor hun medewerking en hopen dat chronisch zieken en keurlingen hiervan profiteren.
In dit rapport zijn zoveel mogelijk gegevens beschreven over de doeltreffendheid en effecten van de WMK in de praktijk. Er zijn dan ook weinig zaken die de uitvoering van de wet betreffen die niet aan bod komen.
Deze rapportage is als volgt ingedeeld:
In het introductie hoofdstuk 1 wordt allereerst de aanloop tot de Wet op de medische keuringen beschreven en de wettelijke regeling zelf, met nadruk op de normstellingen. De belangrijkste normstellingen van de WMK worden in verband gebracht met de drie centrale onderzoeksvragen van de evaluatie. Daaruit worden vervolgens voor het deelonderzoek naar aanstellingskeuringen en het onderzoek naar verzekeringskeuringen de specifieke onderzoeksvragen afgeleid. In hoofdstuk 1 wordt tenslotte kort het theoretisch kader en de methode van onderzoek beschreven.
In hoofdstuk 2 worden vervolgens de verschillende deelonderzoeken naar de keuringen bij aanstelling beschreven en de resultaten daarvan. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de deelonderzoeken naar de inhoud en uitvoering van pensioen- en verzekeringskeuringen.
In beide hoofdstukken wordt een eerste antwoord gegeven op de drie centrale onderzoeksvragen. Zover mogelijk hebben hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 dezelfde structuur, hetgeen de onderlinge vergelijking vergemakkelijkt. Omdat echter een deel van de onderzoeksvragen verschilt per werkingsgebied is een volledige spiegeling van de resultaten niet altijd mogelijk. In het slothoofdstuk 4 worden de onderzoeks-resultaten samengevat en vergezeld met conclusies en een beschouwing.

1

Introductie

1.1 Aanleiding tot evaluatieonderzoek naar de Wet op de medische keuringen

Op 1 januari 1998 is de Wet op de medische keuringen (WMK) van kracht geworden. De WMK beoogt de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van de keurling beter te beschermen en de rechtspositie van de keurling te versterken. Daarnaast is de wet bedoeld om ongewenste risicoselectie door middel van een aanstellingskeuring of een verzekerings- of pensioenkeuring tegen te gaan.[1]
Het voorliggende rapport bevat de resultaten van het evaluatieonderzoek naar de uitvoering van de WMK.
De aanleiding tot het evaluatieonderzoek is vermeld in artikel 15 WMK, volgens welke de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) in overeenstemming met de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) drie jaar na inwerkingtreding van de wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag zendt over de doeltreffendheid en effecten van de WMK in de praktijk. De Ministers van VWS en SZW hebben ZorgOnderzoek Nederland (ZON; vanaf 15 juni 2001 ZON MW) verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van deze wetsevaluatie via het Programma evaluatie regelgeving. Deze heeft vervolgens aan TNO Arbeid de opdracht verleend het onderzoek uit te voeren en daarbij apart te rapporteren over aanstellingskeuringen[2]. Het deelonderzoek naar verzekeringskeuringen is door TNO Arbeid uitbesteed aan het Hugo Sinzheimer Instituut, het onderzoeksinstituut voor Arbeid en Recht van de Universiteit van Amsterdam.
In dit rapport worden de wettechnische aspecten van de WMK besproken en de uitvoering daarvan bij zowel sollicitaties naar een aanstelling in arbeid als bij verzoeken om toelating als verzekerde tot arbeidsgerelateerde of particuliere verzekeringen. De data-verzameling over aanstellingskeuringen vond plaats in de tweede helft van 2000. Die voor verzekeringskeuringen strekte zich uit tot de eerste maanden van 2001. Voor de onderhavige rapportage betekent dit dat gegevens zijn verzameld over de periode van ruim tweeëneenhalf tot drie jaar na inwerkingtreden van de WMK.

---

1 *Staatsblad,* 1997, 636. Zie voor een volledig overzicht van de WMK wettekst bijlage 1.

2 Zie het TNO-rapport: Goed Gekeurd. Aanstellingskeuringenbeleid en de invulling en uitvoering van de Wet op de medischekeuringen, d.d. 25-1-2001.

1.2 Regulering: De aanloop tot de Wet op de medische keuringen

Vanaf 1970 is er in Nederland en andere landen een maatschappelijke en politieke discussie gaande over keuringen als selectie-instrument van werkgevers, pensioenfondsen en verzekeraars, alsmede over de validiteit en over de voorspellende waarde van keuringen.[3] Deze discussie heeft een keur van rapporten en artikelen opgeleverd en is nu na dertig jaar nog niet verstomd. De historische beschrijving in deze paragraaf is daarom beperkt tot enkele hoogtepunten uit het recente verleden. Onder meer wordt genoemd het jaar 1987 toen de jurist Gevers de discussie opnieuw aanzwengelde binnen de kring van verzekeringsdeskundigen. Dit door een publicatie over het bestaansrecht van en de te stellen grenzen aan *verzekeringskeuringen* in de context van het voortschrijdende inzicht over erfelijkheids- en gezondheidsrisico's (Gevers, 1987). In verzekeringskringen heet het dat dit de start is geweest van de discussie die heeft geresulteerd in een Wet op de medische keuringen (Salomons, 1998). Omstreeks dezelfde tijd werd zowel vanuit de wetenschap als het parlement aangedrongen op een wettelijke regulering van de *aanstellingskeuring*. Deze zou met name meer functiegericht moeten worden en derhalve beperkt en op gerichte indicatie (Dute 1997), onder verwijzing naar het rapport uit 1989 van de Interdepartementale Werkgroep Aanstellingskeuringen.
Omdat de WMK in één wet twee aparte werkingsgebieden omvat volgt hierna eerst een langere historische beschouwing van discussies rond de pensioen- en de verzekeringskeuringen en vervolgens een korte beschouwing van de discussies over de problematiek van aanstellingskeuringen.

1.2.1 Regulering verzekeringskeuringen: Gezondheids- versus verzekeringsrecht

De WMK stelt twee type regels voor de toelating tot gezondheidsrisicoverzekeringen.[4] Voor de aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringen geldt een absoluut verbod op toelatingskeuringen. De reden voor dit verbod hangt samen met het verbod op aanstellingskeuringen: verzekeraars en pensioenfondsen moeten niet via de achterdeur van de toelatingskeuring de in de arbeidsrechtelijke sfeer overeengekomen aanstelling kunnen bemoeilijken.[5] Voor de niet aan arbeid gerelateerde verzekeringen stelt de wet regels die samenhangen met enerzijds de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (het individu dat niet alles wat zijn gezondheid aangaat hoeft te willen weten of te laten onderzoeken) anderzijds het publieke belang van de (onbelemmerde toegang tot de) gezondheidszorg. In deze paragraaf komt de aanloopdiscussie tot de hier relevante regulering aan de orde en dan met name de regelgeving voor de situatie dat er gekeurd mag worden. De achtergronden achter de totstandkoming van het verbod op keuringen wordt besproken in paragraaf 1.2.2 Regulering van aanstellingskeuringen.

Het debat over een geëigende regelstelling is gevoerd vanuit de twee rechtsdisciplines die het onderwerp beheersen: het (privaatrechtelijke) verzekeringsrecht en het (vooral

---

[3] Zie onder meer De Kort, 1993 en 1997; Dute, 1997; Hendriks, 2000.

[4] Onder deze term worden in het vervolg alle verzekeringen met een gezondheidscomponent begrepen, zoals de (voor dit onderzoek meest gebruikelijke) arbeidsongeschiktheids- en levensverzekering.

[5] In een brief aan de Kamer van 19 april 1996 schrijven de bewindslieden van VWS, SZW en Financiën dat de WMK de selectie op gezondheid aan de poort van de arbeidsmarkt *op meerdere plaatsen tegelijk* probeert aan te pakken. Kamerstukken II, 1995/96, 23 259, nr. 18, cursivering auteurs.

grondrechtelijke) gezondheidsrecht. Allereerst wordt ingegaan op de rechtsgronden van beide rechtsterreinen en de voor het onderwerp relevante juridisering daarbinnen.

Het gaat daarbij om
- de binnen deze rechtsterreinen heersende uitgangspunten en;
- de wijze waarop deze zijn vertaald in concrete regelgeving.

Deze beschrijving is noodgedwongen summier en daardoor niet volledig, nu deze alleen dient als opmaat voor de beschrijving van een regeling die van beide disciplines de sporen draagt. De WMK is op onderdelen het resultaat van voorafgaand overleg: verschillende wetsbepalingen komen neer op een codificatie van zaken waarover eerder, althans op hoofdlijnen, overeenstemming was bereikt. De kern en het verloop van het debat hierover wordt beschreven in paragraaf 1.2.1.2. De aan de wet voorafgaande brancheregelingen komen daar eveneens aan de orde. De WMK bevat echter ook enige controversiële elementen. In paragraaf 1.2.3 wordt een puntsgewijze opsomming gegeven van die aspecten van de regeling waartegen bezwaren zijn blijven bestaan vanuit het ene dan wel het andere 'kamp'. Binnen de context van een wetsevaluatie krijgen deze vanwege dit controversiële karakter bijzondere aandacht.

1.2.1.1 Gezondheids- versus verzekeringsrecht: 'privacy' en 'verzwijging'

Gezondheidsrecht: grondslagen en juridische vertaling

Gezondheidsrecht is een betrekkelijk jong rechtsgebied dat sinds de jaren vijftig van de twintigste eeuw tot ontwikkeling is gekomen. De groei van deze tak van het recht hangt samen met de ontwikkelingen in medische wetenschap en technologie en met veranderingen in de samenleving. De geneeskunde is door de voortschrijdende medische en technologische ontwikkelingen steeds dieper ingrijpend geworden, niet alleen letterlijk in fysieke zin maar ook op de menselijke geest en op waarden en normen. Dergelijke diep ingrijpende activiteiten roepen de wens tot bescherming op. Dan ontstaan vaak rechtsregels. Bij de ontwikkeling van het gezondheidsrecht speelt voorts de uitwerking van de rechten van de mens na de Tweede Wereldoorlog een rol, zowel in het opzicht van bescherming van de patiënt als ten aanzien van het deel kunnen hebben aan de mogelijkheden van de gezondheidszorg. Doel van het gezondheidsrecht is, kortweg, rechten van mensen te beschermen en evenwichtige verhoudingen in en ten aanzien van de zorg voor de gezondheid te scheppen. Naast medische oordelen zijn daarbij ook ethische en juridische normen in het geding. Leidende rechtsbeginselen voor het gezondheidsrecht zijn die ten aanzien van het recht op gezondheidszorg, vrijheid en zelfbeschikkingsrecht, lichamelijke integriteit en gelijkheid (Leenen en Gevers, 2000).

Rechtsbeginselen als zodanig geven nog geen formele juridische aanspraken; wel kunnen zij resulteren in de formulering van grondrechten of, wanneer dit ten behoeve van een afdwingbaarheid wenselijk lijkt, tot wettelijke regelgeving. De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, zie hierna en paragraaf 1.3.5) is zo'n voorbeeld van een - in casu civielrechtelijke - vertaling van de rechtsverhouding (wederzijdse rechten en plichten) tussen behandelaar en patiënt; de in dit rapport centraal staande WMK is daarmee zowel de eerste rechtsopvolger van deze regeling als, voor wat betreft het onderdeel keurlingrechten, de verbijzondering daarvan.

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en verzekeringskeuringen[6]

De Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst is in 1995 als vijfde afdeling van Boek 7 opgenomen in het Burgerlijk Wetboek (art. 7:446-468 BW). Centrale patiëntenrechten in de WGBO zijn het recht op informatie (art. 7:448), inclusief dat van het 'niet-weten' (art. 7:449), het 'toestemmingsvereiste' (art. 7:450, *informed consent*), en het 'recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer'. Alledrie zijn het behalve afzonderlijke, ook onderling samenhangende rechten. Zo is voor een effectief 'toestemmingsvereiste' adequate informatie onontbeerlijk en ziet het recht op informatie eveneens toe op gegevens, *nadat* het medisch onderzoek of de medische behandeling heeft vormgekregen (Roscam Abbing, in Hubben, red. 1989). Het grondrechtelijke recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer speelt bij beide eerder genoemde rechten eveneens een rol. Daarnaast heeft dit nog een andere dimensie, te weten ten aanzien van de rechten en plichten rondom het medisch dossier. Relevante dossierplichten voor de behandelaar zijn die om een dossier (met betrekking tot de behandeling) *in te richten*, dit gedurende enige tijd *te bewaren* (art. 7:454 lid 3 en 7:464 lid 2 sub a), dan wel op verzoek van de patiënt *te vernietigen* (art. 7:455). Aan de patiënt komt op diens verzoek een *inzage*recht hierin toe (art. 7:456) en wel als eerste, voordat hieromtrent aan anderen mededeling wordt gedaan.

Absoluut zijn deze dossierrechten en -plichten niet: afhankelijk van het soort gegevens en de persoon kunnen hieraan beperkingen worden gesteld. Ditzelfde geldt voor de geheimhoudingsplicht ten aanzien van gegevens. Wel draait het steeds om de positie - de bescherming en de versterking – van degene die in deze beschermingswaardig wordt geacht: de patiënt dan wel, bij toelatingskeuringen, de keurling. Díens privacy-recht schrijft de vertrouwelijkheid van de persoonsgegevens jegens derden voor, een controlemogelijkheid voor hem of haarzelf ten aanzien van de inhoud en de wijze van vastleggen en bewaren van gegevens, en de zeggenschap over de analyse van afgenomen lichaamsmateriaal (Gevers, in Hubben (red.), 1989).

Een centrale norm voor de behandelaar is die van het 'goed-hulpverlenerschap'. Door deze wetsbepaling (art. 7:453) worden de professionele normen en algemeen aanvaarde uitgangspunten voor de hulpverlening in de behandelingsovereenkomst geïncorporeerd. Tevens wordt daarmee benadrukt dat aan de behandelaar een eigen verantwoordelijkheid toekomt die niet door de (rechten van de) patiënt opzij kan worden gezet. De behandelaar behoeft niet per se aan alle wensen van de patiënt tegemoet te komen. Echter, een grond voor inperking van de in de wet gegeven patiëntenrechten geeft deze norm daarmee niet, aldus het Evaluatierapport WGBO (Dute e.a., 2000).

Conclusie: WGBO en WMK, vormgeving en achterliggende overwegingen

De relevantie voor de onderhavige wetsevaluatie van de hierboven besproken rechten in de WGBO zit mede in de zgn. schakelbepaling in de wet (art. 7:646 BW), die de in de WGBO gegeven regels ook van toepassing verklaart op *handelingen op het gebied van de geneeskunst, anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst*, voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet. De WMK is - althans waar het de 'keurlingrechten' in deze wet betreft (waarover hierna meer) - dan ook een *lex specialist* ten opzichte van de WGBO (MvT, WMK, p. 6). Dat wil zeggen dat op de rechtsverhouding van beide tweerelaties (keurling/keuringsarts,

6 De WGBO wordt later eveneens besproken in relatie tot aanstellingskeuringen.

keurling/keuringvrager) het WGBO-kader van toepassing is en dat de in de WMK neergelegde keurlingrechten de verbijzondering hiervan zijn, die ingeval van een eventuele strijdigheid vóórgaat.

In beide regelingen, WGBO zowel als WMK, is mitsdien voor de vertaling van de (gezondheidsrechtelijke) rechtsverhouding gekozen voor, zoals het evaluatierapport-WGBO dit uitdrukt, een 'civielrechtelijke inbedding' (Dute e.a., 2000) en wel om uitdrukking te geven aan de intrinsieke gelijkwaardigheid van partijen. De naleving is daarmee immers primair in handen van partijen zelf. Nu is gelijkwaardigheid niet hetzelfde als gelijkheid. Een eveneens omstreeks deze tijd uitgekomen WGBO-evaluatierapport kwalificeert de juridisering van patiëntenrechten in deze regeling dan ook als middel om ‘meer evenwicht te brengen in een inherent ongelijke verhouding’ (Hendriks, 2000a). Aldus vindt een zekere ongelijkheidscompensatie plaats, 'in de zin dat de patiënt zijn kwetsbare en afhankelijke positie gecompenseerd ziet met juridische versterking' (Hendriks 2000a).

Verzekeringsrecht: grondslagen en juridische vertaling

Verzekeringsrecht is een van oudsher privaatrechtelijke discipline, dat thans is geregeld in het Wetboek van Koophandel (WvK, Boek I, titel 9 en 10). Met ingang van het jaar 2002 wordt het onderdeel overgebracht naar het Burgerlijk Wetboek (Boek 7, titel 17). Dan zal ook de wettelijke vormgeving van het verzekeringsrecht zijn aangepast aan moderne maatstaven. In dit geheel herziene verzekeringsrecht zijn namelijk alle relevante ontwikkelingen in jurisprudentie en rechtsvormende literatuur verwerkt (Van Mierlo en Wansink, 2000). Onderdelen van wat nu nog het *wetsontwerp (w.o.) Boek 7.17 NBW* is, worden ook thans al tot het geldende recht gerekend. In het bijzonder geldt dit voor de definitie van het begrip verzekeringsovereenkomst: een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren.[7] Kenmerkend voor de verzekerings-overeenkomst is, aldus de memorie van toelichting op het wetsvoorstel, het element van onzekerheid: verzekering is een kansovereenkomst (MvT w.o. 19 529, 3).
In een bespreking van de in het wetsvoorstel genoemde regeling formuleren Van Mierlo en Wansink een drietal kernpunten die aan de overeenkomst van verzekering een eigen karakter geeft. Men zou deze ook wel de pijlers van het hedendaagse verzekeringsrecht kunnen noemen. Dit zijn: de sociale functie van verzekering, het vertrouwensbeginsel en het indemniteitsbeginsel. De eerste pijler ziet toe op de zekerheid die verzekeringen bieden aan het individu door risico’s die hij in het maatschappelijk verkeer loopt en niet zelf kan dragen, af te wentelen op een collectiviteit. ’Nee verkopen’ door de verzekeraar doorbreekt dit afwentelings-mechanisme en frustreert de bedoelde sociale functie. Het vertrouwensbeginsel verwijst naar de afhankelijkheid van de verzekeraar, zowel bij het sluiten van de overeenkomst als bij de verwezenlijking van het risico van door de verzekerde verschafte informatie. De verzekeraar moet in beginsel vertrouwen op de juistheid daarvan en dat maakt hem kwetsbaar voor de onbetrouwbaarheid van de verzekerde. Daarom ontvalt bij een welbewuste beschaming van dit vertrouwen in feite de basis

[7] Deze omschrijving komt in de plaats van die in artikel 246 WvK: een overeenkomst bij welke de verzekeraar zich aan den verzekerde, tegen genot eener premie, verbindt om denzelven schadeloos te stellen wegens een verlies, schade of gemis van verwacht voordeel, welke dezelve, door een onzeker voorval, zoude kunnen lijden.

aan de verzekeringsovereenkomst.[8] Het indemniteitsbeginsel, ten slotte, schrijft voor dat een schadeverzekering er niet toe mag leiden dat de verzekerde door een uitkering na schade in een duidelijk voordeliger positie geraakt, of – zo deze verboden strekking ontbreekt – de facto door de uitkering in een duidelijk voordeliger positie geraakt (Van Mierlo en Wansink, 2000).
Deze pijlers - meer in het bijzonder de combinatie van de sociale functie van verzekeringen en het vertrouwensbeginsel – zijn van grote betekenis geweest voor de invulling van de wetsbepaling ten aanzien van 'verzwijging', die de verzekeraar wil bijstaan in zijn 'kwetsbare positie' jegens de aspirant-verzekerde. De huidige bepaling, artikel 251 WvK, geeft de verzekeraar bij vrijwel iedere vorm van niet-melden de mogelijkheid de overeenkomst met terugwerkende kracht ongeldig te verklaren.[9] Deze harde regel is in de loop der jaren door de rechter aanmerkelijk genuanceerd,[10] hetgeen zijn weerslag heeft gevonden in het nieuwe verzekeringsrecht. Artikel 7.17.1.5 NBW 1986 vervangt de vernietigbaarheid ex tunc door een recht voor de verzekeraar de overeenkomst op te zeggen (vernietiging ex nunc), indien sprake is van één van de volgende situaties: de verzekerde heeft gehandeld met de opzet te misleiden of de verzekeraar zou bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering hebben aangeboden.
Deze 'genuanceerde en zoveel mogelijk op continuïteit van de overeenkomst gerichte sanctie' is vooral gestoeld op de eerste pijler, de sociale functie van verzekeringen (Van Mierlo en Wansink, 2000). Ook een beroep op de algemene vernietigingsgronden dwaling en bedrog komt de verzekeraar onder deze nieuwe regeling niet toe: gekozen is voor een specifiek verzekeringsrechtelijke regeling met een exclusief karakter. Met deze opzet wordt, aldus Wansink en Van Garderen-Groenveld (1993), recht gedaan aan de functie die de verzekering met name na de tweede wereldoorlog in de verzorgingsstaat heeft gekregen: het verschaffen van zekerheid aan de individuele verzekerde tegen risico's die hij in het maatschappelijk verkeer loopt.

Verzekeren en erfelijkheid: gezondheids- versus verzekeringsrecht
Tot zover deze summiere beschouwing over de twee disciplines, die elk vanuit een verschillend gezichtspunt, het debat over het vraagstuk 'verzekering en erfelijkheid' hebben bepaald. Dit debat en de daaruit voortgekomen proeve van regelgeving komen hierna aan de orde.

1.2.1.2 De discussie over erfelijkheid en verzekeren: de opmaat tot een regeling

1987. Het preadvies Juridische aspecten
In 1987 verschijnt het preadvies Juridische aspecten van erfelijkheidsonderzoek en –advies (Gevers, 1987). Hierin wordt ingegaan op de diverse ethische en juridische dilemma's die zijn gerezen en mogelijk nog zullen rijzen als gevolg van het voortschrijdend medisch inzicht in de genetische bepaaldheid van aandoeningen. Het preadvies beslaat het gehele onderwerp (erfelijkheidsonderzoek en recht) en raakt daardoor aan veel meer kwesties dan alleen het vraagstuk van de toelatingskeuring en

8 Van Mierlo en Wansink (2000) onder verwijzing naar HR 8.6.62, NJ 1962, 366 (afgehakte duim).

9 Ingevolge artikel 251 WvK is 'alle verkeerde of onwaarachtige opgave, of alle verzwijging van aan de verzekerde bekende gegevens hoezeer te goeder trouw aan diens zijde gedaan' een vernietigingsgrond van de verzekering, althans 'indien deze van dien aard is dat de overeenkomst niet of niet onder dezelfde voorwaarden zou zijn gesloten indien de verzekeraar van de ware staat der zaak had kennis gedragen'.

10 Een belangrijke uitspraak in dit verband is het Wilhelmina-arrest uit 1978, waarin de norm van de 'redelijk handelende verzekeraar' werd geïntroduceerd (NJ 1978, 607).

de in dat kader toelaatbare onderzoeken. Ten behoeve van de wetsevaluatie WMK beperkt de beschrijving zich niettemin tot de twee genoemde onderwerpen.
Een gericht onderzoek naar in potentie aanwezige erfelijke aandoeningen is in de context van een zodanige toelatingskeuring ontoelaatbaar, aldus het preadvies. Anderzijds zijn aspirant-verzekerden wel verplicht eerder ondergaan onderzoek terzake te melden. Er dient in deze een belangenafweging te worden gemaakt tussen, aan de ene kant, het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en aan de andere kant het - evenzeer gerechtvaardigde - belang van een gezondheidsverzekeraar om over alle voor de verzekering relevante gegevens te kunnen beschikken. "Bepaalde factoren", aldus het advies, kunnen de weegschaal laten doorslaan naar het standpunt dat een verzekeringskeuring niet alleen onwenselijk is, maar zelfs ontoelaatbaar; bijvoorbeeld wanneer met zo'n keuring 'belastende kennis' boven water kan komen, 'die het levensperspectief grondig kan verstoren en de psychische draagkracht te boven kan gaan'. (Gevers, 1987).

De discussie vanuit de verzekeringsrechtswetenschap
In het jaar 1988 laat het tijdschrift *Het Verzekeringsarchief* vijf auteurs aan het woord over de legitimiteit van het stellen van grenzen aan verzekeringskeuringen. Dit zijn, naast de eerder genoemde Gevers, de heren Soeteman (hoogleraar rechtsfilosofie), Salomons (verzekeringsdeskundige), Mijnssen (raadsheer Hoge Raad) en Sluyters (bijzonder hoogleraar gezondheidsrecht). De meningen blijken verdeeld. Vanuit het private verzekeringsperspectief wordt aangevoerd dat het organiseren van solidariteit thuishoort bij belastingheffing of sociale verzekeringen, maar niet bij de private - of beter: de commerciële - verzekeringssector. Daar immers is het zaak om in beginsel gelijke risico's te *poolen* met het oogmerk degene die niet door het verzekerde onheil getroffen wordt, te laten meebetalen aan het misfortuin van hen bij wie dit zich wel manifesteert. Dit verschijnsel wordt wel, enigszins misleidend,[11] aangeduid als kanssolidariteit of ook wel 'solidariteit van geluks- met pechvogels' (van degenen bij wie het risico zich niet manifesteert met hen bij wie dit wel het geval is). En in de klassiek-privatistische visie is dit meteen het enige type 'solidariteit' dat in de private verzekering thuishoort. Verzekeraars moeten in deze visie kunnen differentiëren ter wille van een verantwoord acceptatiebeleid en een adequate prijsstelling en ten behoeve van deze differentiatie dienen zij over alle relevante gegevens van de aspirant-verzekerde te beschikken. Althans voorzover deze die gegevens zelf ook kent. Over het uitgangspunt dat een gezondheidsverzekeraar niet op zoek moet gaan naar medische informatie die iemand zelf niet kent noch kan vermoeden, zijn alle betrokkenen het snel eens. Het grootste bezwaar richt zich dan ook niet zozeer tegen het gezondheidsrechtelijke te garanderen recht van het 'niet-weten', als wel tegen een mogelijk recht tot 'niet-zeggen', of om het problematische in de context van het verzekeringsrecht te benadrukken: het recht om te *verzwijgen*. Een dergelijk recht immers brengt het gevaar van zelf- en van daaruit anti-selectie met zich mee.[12] Met name bij 'sommenverzekeringen', waar de betrokkene het te verzekeren bedrag zelf kan vaststellen, is dit geen denkbeeldig risico dat ook kan raken aan het indemniteitsbeginsel: verzekerden die zonder mededelingsplicht 'risico's' verzekeren die die naam niet verdienen en bovendien tegen een veel hoger bedrag dan zij onder

11 Wij noemen dit misleidend omdat onder solidariteit, met name in de sociale verzekeringen, doorgaans het steunen van zwak door sterk wordt verstaan.
De solidariteit waarvan hier sprake is, is 'verborgen' of ook wel één 'uit onwetendheid'.

12 Zelfselectie verwijst naar het feit dat de beslissing tot welke risicopool men behoort bij de verzekerde komt te liggen, antiselectie naar het vervolgeffect dat groepen relatief slechte risico's als gemiddeld risico instromen en zo de risicofactor van de groep in zijn totaliteit nadelig beïnvloeden.

normale omstandigheden gedaan zouden hebben. Dit bezwaar werd en wordt binnen de verzekeringswereld breed gedragen, derhalve niet alleen door de aanhangers van een klassiek-privatistisch wereldbeeld. Ook degenen die niet perse afwijzend staan tegenover het organiseren van enige maatschappelijke solidariteit in private verzekeringen noemen dit een serieus bezwaar, waarvan de omvang niet mag worden onderschat (Kalkman-Bogerd, 1996).

Aanzetten tot zelfregulering: de HIV-gedragscode en het moratorium erfelijkheid
Als exponent van de stroming die niet afwijzend staat tegenover solidariteit in private verzekeringen betoogt Salomons (in het hierboven genoemde tijdschrift) dat, wanneer vanuit een maatschappelijk perspectief wordt aangedrongen op het loslaten van de reguliere premiedifferentiatie en het publiek mitsdien bereid is daarvoor een zekere prijs te betalen, het de verzekeraar past daaraan gehoor te geven. Vanuit deze overweging wordt door hem, eind jaren tachtig, een aanzet gegeven om beide schijnbaar onverzoenlijke standpunten met elkaar te verenigen. De door hem voorgestelde regeling houdt in dat:

- het keuren op erfelijke aandoeningen in de context van verzekeringen in alle gevallen achterwege blijft en
- de bij de aspirant-verzekerde beschikbare gegevens uit erfelijkheidsonderzoek alleen verstrekt behoeven te worden bij levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen boven een zeker te verzekeren bedrag, ook wel aangeduid als 'vragengrens' (vanwege het feit dat dit de grens markeert waar beneden zekere vragen niet mogen worden gesteld).

Ten aanzien van de eerste regel merkt Salomons eind jaren negentig op, dat de talloze discussies met gezondheidsspecialisten hem wel overtuigd hebben van het belang van het recht op niet-weten en, van daaruit, van de noodzaak van een door de branche zelf opgelegde beperking. Over het tweede verwijst hij naar een eerder door hem gedane uitspraak dat ‘wie aanspraak wil maken op medische behandeling en wie anderen daarvoor wil laten meebetalen niet altijd zijn broekje kan aanhouden met een beroep op privacy’ (Salomons, 1998).

De inperking tot een zeker bedrag - derhalve de uitsplitsing tussen te beschermen “gangbare” verzekeringen en alles daarboven - circuleert eind jaren tachtig ook rond een ander op dat moment actueel thema, namelijk de HIV-keuring. In 1988 komt ten aanzien van dit onderwerp een gedragscode voor verzekeraars tot stand waarin, overeenkomstig een advies van de Nederlandse Vereniging voor Levensverzekeraars, is neergelegd dat een AIDS-test niet langer deel uitmaakt van de acceptatieprocedure voor een overlijdensrisicoverzekering, indien het te verzekeren bedrag beneden een zekere grens gelegen is (op dat moment nog f 200.000).

In het jaar 1989 verschijnt het advies "Erfelijkheid" van de Gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 1989), waarin het voorstel van Salomons in grote lijnen is overgenomen. En weer enkele maanden later, op 6 maart 1990, verklaren de verzekeraars zich bereid om gedurende een zekere periode af te zien van het vragen van medewerking aan erfelijkheidsonderzoek voor het afsluiten van verzekeringen met een gezondheidscomponent, én om beneden zekere grenzen geen mededelingsplicht te stellen ten aanzien van de resultaten van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek.[13] De regeling is uitdrukkelijk bedoeld als tijdelijk: aan haar bereidheid zich aan deze

[13] Moratorium Verbond van Verzekeraars d.d. 6 maart 1990.

gedragslijn te conformeren verbindt de branche de voorwaarde dat deze zal gelden gedurende een proefperiode van vijf jaar, waarna aan de hand van een te houden evaluatie zal worden bezien of de afspraken worden voortgezet of dat inhoudelijke wijzigingen geboden zijn. Ter benadrukking van het tijdelijke en voorwaardelijke karakter van deze afspraak wordt deze aangeduid als 'moratorium'. De lijn in de discussie die tot deze afspraak heeft geleid is, aldus Wansink, ook achteraf niet helemaal duidelijk. Wel staat vast dat de afspraak wereldkundig is gemaakt op dezelfde dag als het overleg tussen woordvoerders van het Verbond van Verzekeraars, de Ministers van Financiën en Justitie en de Staatssecretaris van Volksgezondheid over de relatie tussen verzekering en seropositiviteit enerzijds en erfelijkheidsonderzoek anderzijds (Wansink, 1993).

Van zelfregulering naar dwingend recht: incorporatie in de WMK
Het moratorium erfelijkheid wordt (in 1990) in brede kring, en zeker vanuit de politiek, met instemming begroet. De roep om wettelijke regulering wordt er echter niet minder door en zwelt, om redenen die hiervoor al aan de orde zijn geweest, alleen maar verder aan (zie ook paragraaf 1.2.2 over regulering van aanstellingskeuringen). Beide brancheafspraken – het moratorium erfelijkheid en de in 1993 verlengde HIV-gedragscode – zouden daardoor de opmaat worden voor de regeling die met de aanvaarding van de WMK op 1 januari 1998 geldend recht is geworden. Op die onderdelen lijkt de wet derhalve niet méér te zijn dan een codificatie van hetgeen binnen de branche al als gedragsregel was afgesproken. Sommige schrijvers trekken om die reden de noodzaak van de wettelijke regulering in twijfel (Kalkman-Bogerd, 1996). Anderen zien hierin juist een belangrijke – en grondrechtelijk ook noodzakelijke - stap vooruit, nu hiermee een aantal als uitgangspunt niet-bindende brancheafspraken zijn opgewaardeerd tot geldend recht voor alle verzekeraars en hun (potentiële) klantenkring (Hendriks en Van der Vlies, 1995). Voor verzekeraars is een bijkomend argument om met wetgeving in te stemmen dat met een *wettelijke* verplichting ook de concurrenten uit het buitenland aan branche-afspraken, zoals het moratorium erfelijkheid en de HIV-code, gebonden zouden zijn. Echter, dat argument ging pas gelden, nadat op aandringen van de branche de reikwijdte-bepaling artikel 1 WMK was aangepast, waardoor de beperkende en vanuit verzekeraars kostenverhogende regeling *iedere* verzekeraar ging regarderen, vanuit welk land ook opererend, die gezondheidsrisico's in Nederland dekt.[14]

1.2.2 Regulering aanstellingskeuringen

De roep om regulering van aanstellingskeuringen werd in het begin van de tachtiger-jaren van de vorige eeuw steeds luider. Vanaf het jaar 1988 liet de overheid gericht onderzoek uitvoeren naar de praktijk, de validiteit en het gebruik van het instrument aanstellingskeuring.[15] Met name het gebruik van aanstellingskeuringen als voorspeller van de uitval wegens ziekte werd nader onderzocht, evenals de bereidheid van werkgevers en keurende instanties om het aantal keuringen te verminderen. Een in dat kader in 1993 verricht onderzoek toonde aan dat zelfregulering - de dan in de visie van de regering nog meest wenselijk geachte optie - niet tot het politiek beoogde 'uitsluitend keuren wanneer dat noodzakelijk is' zou leiden (Lourijsen e.a., 1993).

---

[14] Dit gebeurde door de toevoeging 'm.b.t. een in Nederland gelegen risico' aan artikel 1 WMK. Aan het onderdeel concurrentievervalsing vanuit het buitenland en, breder nog, de Europeesrechtelijke aspecten van de WMK, is bij de parlementaire behandeling uitgebreid aandacht besteed. Men zie hiervoor *Kamerstukken II*, 1999/96, 23 259, nr. 27 en 29.

[15] Zie voor een uitvoerige bespreking van deze onderzoeksresultaten hoofdstuk 2.

De Minister van SZW bleef vooralsnog terughoudend ten aanzien van de noodzaak en wenselijkheid van wetgeving op dit terrein. Alvorens stappen tot een wettelijke regulering te zetten, wenste hij de resultaten af te wachten van een interdepartementaal traject rond de voorspellende waarde van medisch onderzoek bij keuringen. Dit traject behelsde onder meer de volgende onderdelen:

- Een onderzoek van het Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (Jansen e.a., 1993) naar zowel de validiteit van voorspellend medisch onderzoek bij aanstellingskeuringen als bij keuringen voor levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen;
- Een advies van de Gezondheidsraad (1993).

Voornaamste uitkomst van dit traject was ten eerste, dat voorspellend medisch onderzoek alleen thuishoort bij aanstellingen als daarvoor een strikte rechtvaardiging bestaat. Ten tweede, dat zelfregulering de voorkeur verdient, maar dat wanneer deze niet blijkt te voldoen, de optie van wettelijke regulering met maximale ruimte voor zelfregulering (de zogenaamde geconditioneerde zelfregulering) bespreekbaar zou zijn.
Het D'66 kamerlid Kohnstamm diende in 1993 een initiatiefwetsvoorstel in gericht op de versterking van de rechtspositie van keurlingen.[16] De bedoeling achter het wetsvoorstel ging verder dan het streven de werkgever in zijn mogelijkheid tot risicoselectie te beperken. De regeling is blijkens de toelichting ondermeer gericht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van de keurling. Dit houdt in dat de wet toeziet op bescherming van klassieke grondrechten. Ook sociale grondrechten worden in het voorstel genoemd. Om die reden acht de wetgever zich niet slechts bevoegd, maar zelfs verplicht met een wettelijke regeling te komen. Immers, het waarborgen van grondwettelijke en internationale rechtsnormen kan en mag deze niet aan private partijen overlaten (Hendriks en Van der Vlies, 1995).
Het eerste initiatiefvoorstel van kamerlid Kohnstamm dat medische keuringen aan banden wilde leggen, kon aanvankelijk niet op voldoende steun in het Parlement rekenen. Maar dat veranderde toen, met de privatisering van delen van de sociale werknemersverzekeringen, de eerste berichten binnenkwamen dat werkgevers zich steeds meer van aanstellingskeuringen gingen bedienen, teneinde het naar hen toegeschoven ziekte- en arbeidsongeschiktheidsrisico vooraf in te perken (Hendriks, 2000). Meer marktwerking in de sociale zekerheid, met name de stapsgewijs doorgevoerde privatisering van de Ziektewet (ZW), wordt alom als doorslaggevende factor genoemd.[17] Doordat de werkgevers meer financiële verantwoordelijkheid kregen voor het ziekteverzuim onder werknemers nam het aantal aanstellingskeuringen toe tot ruim boven de 300.000 per jaar (Zie hoofdstuk 2). Dit leverde veel werk op voor bedrijfsartsen en arbodiensten. De groeiende markt voor selectie van sollicitanten op gezondheid overtuigde de overheid van de noodzaak van flankerende maatregelen. De wetgeving die is bedoeld om het ziekteverzuim en het arbeidsongeschiktheidsvolume terug te dringen, zou anders mogelijk bijdragen aan een verdergaande tweedeling in de samenleving van gezonde mensen met gunstige arbeidsmarktkansen versus mensen met een handicap en/of een chronische aandoening zonder perspectief op werk. Met de verdere stijging van het aantal WAO-ers tot 900.000 werd de dreiging voor een tweedeling reëel: er ontstond voldoende politiek draagvlak voor een wettelijke regulering van aanstellingskeuringen en ook van pensioen- en verzekeringskeuringen.

---

16 Kamerstukken II 1992/93, 23 259.

17 Deze stappen zijn de privatisering van de eerste 2/6 weken met de TZ-Arbo in 1993 en als tweede stap de uitbreiding van de loondoorbetalingsplicht bij ziekte (WULBZ) in 1996.

1.2.3 Korte historie zelfregulering Aanstellingskeuringen

De zelfregulering van aanstellingskeuringen heeft een lange geschiedenis. Omdat deze mogelijk bepalend is voor de inhoud van de nu door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid voorbereide AMvB, wordt hier kort op deze historie ingegaan.[18]

De minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid vroeg in 1993 de KNMG of deze bereid zou zijn een bijdrage te leveren aan het, in samenwerking met partijen, realiseren van het tot stand komen van een protocol voor aanstellingskeuringen. De KNMG heeft daartoe een 'Project aanstellingskeuringen' opgezet en een Begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen (BC-PAK) ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de bij het onderwerp betrokken maatschappelijke groeperingen. Dit waren artsenorganisaties, bedrijfsgezondheidsdiensten, patiëntenorganisaties, organisaties van werkgevers en van werknemers.

Eind 1995 werd door organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten, consumenten en artsen overeenstemming bereikt over gedragsregels rondom de aanstellingskeuring. In het Protocol aanstellingskeuringen (PAK) is bepaald met welk doel en onder welke voorwaarden een aanstellingskeuring mag plaats hebben (Zie ook bijlage 2. Ook zijn regels gegeven over de wijze van rapportage, het recht op informatie en het recht op herkeuring. In de slotbepaling spraken partijen af nog datzelfde jaar een onafhankelijke klachtenprocedure in het leven te roepen).

De politiek besloot in 1996 het spoor van een wettelijke regeling te vervolgen en op dat moment zeiden de betrokken werkgeversorganisaties hun medewerking aan het vervolgtraject op.[19] In hun visie is wetgeving overbodig, omdat over dit onderwerp nu vrijwillige afspraken gemaakt zijn en daarmee tevens onwenselijk. Inderdaad is de WMK op punten een codificatie van zaken die al ‘vrijwillig’ – zij het onder de druk van een dreigend ingrijpen door de wetgever - zijn afgesproken. Op een aantal andere onderdelen gaat de wet evenwel verder dan de normstelling in het PAK en voorts is uiteraard een verschil dat de in een wet neergelegde normen onbeperkt geldig zijn en niet eenzijdig kunnen worden opgezegd.

Het Protocol Aanstellingskeuringen is dus sedert 1 januari 1996 van kracht en er wordt ingegaan op het doel van de aanstellingskeuring, de voorwaarden waaronder een aanstellingskeuring kan plaatsvinden, de informatieverstrekking, de rapportage en verslaglegging en de herkeuring. In het protocol wordt niet ingegaan op de specifieke medische inhoud van de aanstellingskeuring. Ook de klachtenprocedure is niet geregeld. Tijdens de Kamerbehandeling van de WMK is in de wet vastgelegd dat de betrokken organisaties bij het in werking treden van de wet drie jaar de tijd kregen om een dergelijke klachtenregeling te realiseren.

Gedurende 1995 en 1996 is door een werkgroep van de begeleidingscommissie protocol Aanstellingskeuringen aan een klachtenprocedure gewerkt. Dit leidde tot een voorstel om een landelijke klachtencommissie in het leven te roepen, bestaande uit een aantal deskundigen en enkele onafhankelijke leden. Het streven was deze klachtencommissie onder te brengen in een stichting welke aangehaakt zou kunnen worden bij de SER.

Tijdens de parlementaire behandeling is verder nog ten aanzien van zelfregulering met betrekking tot het klachtenrecht naar voren gebracht dat deze aan bepaalde

---

18 Deze historie is onder meer ontleend aan de Begeleidingscommissie Protocol aanstellingskeuringen, Advies Klachtenregeling Aanstellingskeuringen, 2000.

19 Brief van de Raad van Centrale Ondernemingsorganisaties aan de KNMG d.d. 13 .12.96 met afschrift aan de Minister van VWS, de staatssecretaris van SZW en de indiener van het wetsvoorstel-WMK.

minimumeisen dient te voldoen. Zij moet onafhankelijk, goed bereikbaar, kenbaar en toegankelijk zijn, op deskundige wijze en met goede procedurele waarborgen worden uitgevoerd en in openbaarheid kunnen worden getoetst[20].

1.2.4 Aanvaarding van de WMK: compromissen

Na aanvaarding door het parlement is de WMK per 1 januari 1998 in werking getreden. Naast een aantal met de verzekeringsbranche gesloten compromissen, bevat de regeling ook een aantal elementen die met name voor verzekeraars omstreden zijn gebleven. Handreikingen aan de branche zijn de bepaling ten aanzien van HIV/AIDS en de bevoegdheid van de minister van VWS om in situaties waarin dit noodzakelijk lijkt een uitzondering (op het bepaalde in artikel 3 WMK) te maken analoog aan die voor HIV/AIDS.[21] Onderwerpen waartegen de branche – achteraf tevergeefs – geageerd heeft, zijn het absolute karakter van het keuringsverbod van artikel 4 leden 3-5 WMK - waardoor hierin ook polissen besloten zitten die eerder individueel dan collectief zijn - en het eerder genoemde 'verzwijgrecht' van aspirant-verzekerden. Door verzekeraars wordt vanwege beide elementen op grote schaal zelfselectie voorspeld, waartegen verzekeraars zich nu niet langer kunnen wapenen.
Consumentenorganisaties daarentegen menen dat dit effect wordt overdreven en dat het probleem met keuringsregulering juist is dat de meeste mensen die om een verzekering komen hun rechten niet of nauwelijks kennen. In hun visie is het probleem met dit type regelstelling veeleer dat mensen zaken die zij volgens de wet niet meer zouden hoeven te melden, uit eigen beweging toch zeggen en dat verzekeraars daarmee vervolgens rekening houden.
Zoals later uitvoerig besproken wordt in hoofdstuk 2 hebben de vertegenwoordigers van werkgevers grote bezwaren tegen de invoering van de WMK. Vandaar dat zij verder weigeren gehoor te geven aan de in de Wet opgenomen oproep tot zelf-regulering van niet geregelde aspecten rond aanstellingskeuringen.
Het PAK is algemeen geaccepteerd maar de betrokken partijen hebben zoals gezegd over de klachtenprocedure geen overeenstemming weten te bereiken. De werkgeversorganisaties vertegenwoordigd in het RCO lieten namelijk weten niet meer deel te nemen aan (vervolg-)activiteiten in het kader van het Protocol Aanstellingskeuringen, waaronder het tot stand komen van een klachtenprocedure.
Een werkgroep van de Stichting van de Arbeid heeft vervolgens de mogelijkheden van zelfregulering onderzocht met betrekking tot het tot stand komen van een klachtenregeling (zie paragraaf 2.9).

Tenslotte wordt opgemerkt dat gelijke toegang voor iedere burger tot arbeid in onze samenleving een belangrijke voorziening is. De overheid is, mede gelet op de op haar rustende verantwoordelijkheden uit hoofde van het recht op bestaanszekerheid, gerechtigd om de toegang tot de arbeid en verzekering aan regels te binden.
Dit is één van de redenen van totstandkoming van de WMK.

---

[20] Kamerstukken II 1993/94, 23259, nr. 7, p.21.

[21] De exacte beschrijving van beide bepalingen en hun relatie (uitzonderingspositie) met artikel 3 WMK komt in de volgende paragraaf 1.3 aan de orde.

1.3 De normstellingen van de WMK

1.3.1 Normstellingen ten aanzien van keuring en medisch onderzoek

In deze paragraaf staat de inhoud van de wettelijke normstelling van de WMK centraal. Welke voorwaarden worden aan het mogen verrichten van keuringen gesteld en welke zijn de wettelijke rechten en plichten van de bij zo'n keuring betrokken partijen? Tevens komt het juridisch kader rondom de WMK aan de orde dat als zodanig de hierin gegeven normstellingen nader bepaalt dan wel kleurt. Het wetgevingscluster ter bevordering van marktwerking in de sociale zekerheid blijft hier grotendeels buiten beschouwing. Weliswaar heeft dit een belangrijke rol gespeeld bij de totstandkoming van de WMK, maar een nadere invulling van de juridische normstelling geeft dit nauwelijks.
Naast de wettekst is voor deze beschrijving gebruik gemaakt van het oordeel van deskundigen zoals dat beschreven is in wettechnische en onderzoeksliteratuur, en beleidsdocumenten.

Omdat de WMK twee werkingsgebieden omvat met min of meer verschillende normstellingen bespreken we die deels apart voor de aanstellingskeuringen en die voor pensioen- en verzekeringskeuringen in twee paragrafen (1.3.2 respectievelijk 1.3.3). Verder komen normstellingen rond zelfregulering ter sprake (paragraaf 1.3.4) en normstellingen uit relevante andere wettelijke regelingen (paragraaf 1.3.5).
Wat beoogt de wetgever met de WMK te bereiken en is dit gerealiseerd? Het antwoord op het eerste deel van deze evaluatievraag wordt in deze paragraaf gegeven door de belangrijkste normstellingen van de WMK op een rij te zetten. Deze normstellingen worden vervolgens in verband gebracht met de centrale onderzoeksvragen van het evaluatieonderzoek (paragraaf 1.3.6). Dit wordt meer uitvoerig besproken in de daarop volgende paragraaf 1.4 over de onderzoeksvragen per deelonderzoek. Allereerst worden enkele algemene normstellingen rond keuring kort geïntroduceerd.

Doel van de WMK is het verduidelijken en het versterken van de rechtspositie van de keurling jegens keurend arts en keuringsvrager. De wet is grond- en mensrechtelijk geïnspireerd: primair is de wet gericht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van keurlingen. Daarnaast beoogt de wet vorm te geven aan de garantie van andere grond- en mensenrechten, zoals de non-discriminatie vanwege gezondheid en handicap op de arbeids- en verzekeringsmarkt en het waarborgen van de toegang tot de gezondheidszorg. Echter, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van keurlingen staat voorop. Als zodanig kan de WMK worden aangeduid als privacywet (Hendriks 2000). Zoals later uitvoerig besproken wordt, is van centraal belang dat de WMK beperkingen stelt aan keuringen. Aanstellingskeuringen mogen alleen nog plaatshebben indien aan de vervulling van de functie bijzondere eisen van medische geschiktheid worden gesteld. Als iemand solliciteert naar een baan, mag alleen onder bepaalde omstandigheden een medische keuring worden verlangd. Dit is om vast te stellen of de sollicitant de functie waarnaar hij of zij solliciteert, kan uitoefenen zonder de eigen gezondheid of die van anderen in gevaar te brengen. Deze aanstellingskeuring mag pas dan plaatsvinden als de werkgever van plan is de kandidaat aan te nemen. De werkgever mag een kandidaat dus niet tijdens het selectieproces keuren. Uiteraard mogen de resultaten ook niet gebruikt worden om de 'meest gezonde' kandidaat te selecteren.

Toelatingskeuringen voor deelneming aan een bedrijfspensioenvoorziening of een aan een dienstverband gekoppelde arbeidsongeschiktheids- of overlijdensverzekering zijn geheel en al uitgesloten. Voor alle overige verzekeringen geldt dat keuringen geen onevenredige inbreuk mogen maken op de persoonlijke levenssfeer van de keurling en dat, in dat kader, bepaalde vragen en bepaalde medische onderzoeken ofwel helemaal verboden zijn, ofwel alleen zijn toegestaan bij verzekeringen die uitgaan boven hetgeen wordt aangemerkt als 'gangbaar'.
De wetgever beoogt met de WMK onder meer de rechtspositie te versterken van personen die een medische keuring moeten ondergaan. Een uitwerking daarvan is dat een keuring bij aanstelling alleen mag worden uitgevoerd door een bedrijfsarts die werkzaam is bij een gecertificeerde arbodienst. Voor verzekeringskeuringen bestaat een dergelijke eis aan de professionaliteit van de keurend arts niet.
Artikel 1 van de WMK vangt als volgt aan:
In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
- *keuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek…*[22]

Onder een keuring verstaat de wet zowel het stellen van mondelinge of schriftelijke vragen over iemands gezondheidstoestand als het verrichten van medisch onderzoek. Medisch keuren is derhalve niet alleen een medisch onderzoek door een arts, maar bijvoorbeeld ook het ter invulling voorleggen van een vragenformulier of het laten tekenen van een gezondheidsverklaring. De wet stelt daarmee ook normen voor de inrichting van het aanvraagformulier voor een verzekering en voor gezondheids-verklaringen. Uit het evaluatie-onderzoek waarover in de hoofdstukken hierna wordt gerapporteerd blijkt dat dit aspect van de wet niet voor iedereen zonder meer duidelijk is. Wel zijn bijvoorbeeld de aanvraagformulieren in de voorbereidingsfase tot de wet verschillende malen aangepast. De vraag hoe WMK-conform deze thans zijn is één van de onderwerpen van deze studie.

1.3.2 De normstellingen in de WMK op het werkingsgebied van aanstellingen

De normstelling uit de WMK laat zich op het werkingsgebied van aanstellingskeuringen terugbrengen tot vijf aspecten. Dit zijn:
- de inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuring (paragraaf 1.3.2.1);
- de beperking van de inhoud van de aanstellingskeuring (paragraaf 1.3.2.2);
- de versterking van de rechten van de keurling (paragraaf 1.3.2.3);
- de aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts (paragraaf 1.3.2.4);
- de opdracht tot zelfregulering aan de betrokken organisaties (paragraaf 1.3.2.5 en 1.3.4).

Bovengenoemde aspecten worden hieronder op hoofdlijnen en onder verwijzing naar de betreffende wetsbepalingen beschreven.[23]

1.3.2.1 De inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuren: artikel 4 lid 1

Een belangrijk, zo niet het belangrijkste aspect van de wet is de inperking van de mogelijkheden om een aanstellingskeuring nog als voorwaarde te stellen of te doen uitvoeren. In het Protocol Aanstellingskeuringen (PAK) heette het nog dat een aanstellingskeuring alleen plaatsheeft, als er specifieke eisen voor de vervulling van de

[22] Zie voor een volledig overzicht van de WMK artikelen bijlage 1.

[23] Gecursiveerde teksten zijn een letterlijke aanhaling van de tekst van de wet.

functie zijn geformuleerd die in medische eisen kunnen worden vertaald (PAK, art. 2.3.1). De WMK scherpt dit verder aan tot het voorschrift dat geen keuring plaats heeft, tenzij *aan de vervulling van de functie (…) bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid moeten worden gesteld. Onder medische geschiktheid wordt begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid* (art. 4 lid 1 WMK).
Keuren voor een aanstelling is derhalve alleen nog aan de orde, als dit gelet op de aard van de functie noodzakelijk is om vast te stellen of de betrokkene medisch gezien in staat is de desbetreffende functie te vervullen zonder de veiligheid en gezondheid van hemzelf of die van anderen op het spel te zetten (Gevers, 1998). Ditzelfde noodzakelijkheidcriterium geldt voor het stellen van vragen naar de gezondheidstoestand van een sollicitant, nu dit ingevolge artikel 1 lid 1 sub a eveneens valt onder de term 'keuren'. Artikel 4 meldt hierover: *Bij andere beoordelingen dan de medische keuring* (bijvoorbeeld het sollicitatiegesprek) *mogen geen vragen worden gesteld noch anderszins inlichtingen worden ingewonnen over de gezondheidstoestand van de keurling en over diens ziekteverzuim in het verleden* (art. 4 lid 2 WMK).

1.3.2.2 Beperkingen ten aanzien van de inhoud van keuringen; artikel 2, lid 1 en artikel 3

Is éénmaal vastgesteld dat een aanstellingskeuring mogelijk is op basis van bepaalde functie-eisen, dan worden de op de inhoud van het keuren gerichte regels relevant. Dit zijn, ten eerste, het noodzakelijkheidcriterium van artikel 2 lid 1 en ten tweede, de proportionaliteitsnorm van artikel 3.

- Artikel 2, lid 1: aard, inhoud en omvang beperken tot het strikt noodzakelijke.

Keuringen worden *naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht.* Deze beperking betekent dat de meeste standaardvragen en –onderzoeken in de context van een aanstellingskeuring tot het verleden zullen (gaan) behoren. Wat gevraagd en onderzocht wordt, moet gerelateerd zijn aan uit bijzondere functie-eisen af te leiden medische criteria. Mits het gaat om keuringen voor dezelfde functie-eis blijft het mogelijk om met standaardvragen of –onderzoeken te werken.

- Artikel 3: proportionaliteit.

Uitgesloten zijn vragen of medische onderzoeken *die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling*. In het bijzonder is verboden een *onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling[… of] dat anderszins voor de keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt.*

1.3.2.3 Additionele rechten keurling: artikel 11 en 12

De keurling is ook zonder een Wet op de medische keuringen niet geheel en al rechteloos. De in de artikelen 11 en 12 genoemde rechten zijn bedoeld als aanvulling op het wettelijk kader in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, zie paragraaf 1.3.5) en moeten dan ook steeds vanuit deze context gelezen worden.
Artikel 11 geeft *het recht medewerking te weigeren aan een keuring of een onderdeel daarvan indien ten aanzien daarvan niet is voldaan aan de artikelen 2, 3, 4, 5, 6, 7 of 8.*[24]

[24] De voorschriften voor aanstellingskeuringen in de artikelen 2-4 zijn behandeld; de artikelen 5-7 hebben op aanstellingskeuringen geen betrekking en de voorschriften ex artikel 8 komen hierna aan de orde.

Artikel 12 geeft een recht op herkeuring *indien aan de keuring een negatieve gevolgtrekking dan wel een positieve gevolgtrekking onder bepaalde beperkingen wordt verbonden.*
Verder dan een enkel aangeven van deze rechten gaat de wet niet, zodat vooralsnog de vraag is wat voor de keurling de concrete betekenis van deze toekenning van rechten is.

1.3.2.4 Normstelling voor keuringvrager en keurend arts: artikel 2 lid 2, artikel 8 en 10

Voor de keurende instantie (arbodienst) is de norm van artikel 2 lid 2 van belang: *Keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn gegeven.*
Voorts wordt voor zowel de keurend arts als de geneeskundig adviseur een aantal regels gegeven in de artikelen 8 en 10 WMK.
Artikel 8 lid 1 schrijft een schriftelijk vastleggen voor van *het doel van de keuring, de vragen welke ten aanzien van de gezondheid zullen worden gesteld en de medische onderzoeken welke mogen worden verricht.* Het tweede lid geeft een – volgens Markenstein(1998): summiere – specificatie van de informatieplicht uit de WGBO: aan de keurling wordt over het bovenstaande en over zijn rechten bij keuringen *tijdig voor de aanvang van de keuring (…) op begrijpelijke wijze schriftelijk informatie gegeven.*
Artikel 10 schrijft de onafhankelijkheid en zelfstandigheid van de keurend arts en de geneeskundig adviseur ten opzichte van de keuringvrager voor en legt beiden een geheimhoudingsplicht op *van hetgeen hen over de keurling bekend is*. Voorts wordt hen een bewaarplicht van de in het kader van de keuring vergaarde gegevens opgelegd, zodanig *dat deze niet voor derden toegankelijk zijn.* De algemene geheimhoudingsplicht uit de WGBO wordt in de context van aanstellingskeuringen gespecificeerd tot de verplichting *de keuringvrager niet meer mee te delen dan voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is* (art. 10 lid 3).
De eerste verplichtingen zijn additioneel aan de voorschriften uit de WGBO. De bepaling ten aanzien van hetgeen aan de keuringvrager mag worden meegedeeld is een verruiming van het voordien geldende voorschrift dat de keuringvrager uitsluitend de uitslag ‘geschikt’ of ‘ongeschikt’ te horen krijgt. Vanuit een oogpunt van privacybescherming is deze uitbreiding enigszins controversieel (Dute, 1997), maar zolang dit niet al te zeer wordt opgerekt, is ze in de visie van Gevers (1998) 'te rechtvaardigen'. Zelfregulering zou hier ‘een nuttige rol’ kunnen vervullen en voorts kan de tuchtrechtspraak een rem zijn op een te zeer oprekken, nu deze streng is jegens keurende artsen die aan de werkgever méér meedelen dan de uitkomst van het onderzoek.[25]

1.3.2.5 Geconditioneerde zelfregulering: artikel 9, 13 en 14

Representatieve organisaties van de bij de wet betrokken partijen kunnen, aldus artikel 9, afspraken maken over de verschillende nog welbewust opengelaten normen of begrippen.
Deze - met zoveel woorden benoemde – opengelaten normen en begrippen hebben betrekking op:
- het doel van de keuring;
- voor welke functies aanstellingskeuringen worden verricht;

[25] Gevers (1998) onder verwijzing naar de uitspraak van CMT d.d. 7.9.95, Medisch Contact 1995, p. 1567-68.

- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3 en 8.[26]

De conditie die de WMK aan de zelfregulering stelt is dat deze afspraken worden onderschreven door *alle* betrokken representatieve organisaties. In dit rapport wordt dit genoemd 'geconditioneerde zelfregulering' (zie ook paragraaf 1.3.4). Dit ter onderscheiding van norm- en begripstellingen die tot stand komen zonder betrokkenheid van alle representatieve organisaties, zoals de Algemene Richtlijnen Aanstellingskeuringen (ARA) en de afspraken op het niveau van bedrijfssectoren (BGZ Wegvervoer) of bedrijven (zie hoofdstuk 2). Deze laatste afspraken noemen we ook wel zelfnormering. Voorts kunnen de representatieve organisaties gezamenlijk een onafhankelijke WMK-klachtencommissie instellen (art. 13). Het tweede lid van artikel 14 kondigt ten aanzien van het bovenstaande regelgeving middels een Algemene Maatregel van Bestuur aan *indien en voor zover binnen drie jaren na de inwerkingtreding van deze wet geen afspraken als bedoeld in de artikelen 9 en 13 zijn gemaakt of indien die afspraken niet voldoen aan bij of krachtens deze wet gestelde eisen.*

De wetgever heeft de betrokken partijen met deze artikelen geprikkeld 'om verder te gaan op het vlak van de zelfordening, inclusief de instelling van een klachtvoorziening, en om tot nadere invulling van die normen te komen. De wet biedt bovendien een mogelijkheid om in te grijpen als de door partijen tot stand gebrachte normering qua inhoud (gerichtheid op het algemeen belang) te kort schiet. De in de wet neergelegde bepalingen bieden daarvoor een althans globale toetssteen' (Gevers, 1998). Vanwege het uitblijven van concrete afspraken van partijen wordt inmiddels rond de klachtenregeling en klachtencommissie een AMvB uitgewerkt (zie hoofdstuk 2 en hoofdstuk 4).

1.3.3 Normstellingen in de WMK ten aanzien van pensioen- en verzekeringskeuringen

In deze paragraaf staan de voor verzekeringskeuringen relevante normstellingen in de WMK centraal. Een aantal is eveneens van toepassing op aanstellingskeuringen en is als zodanig in de paragraaf hiervoor al aan de orde geweest. De beschrijving is artikelsgewijs opgezet en beperkt zich tot de voor de verzekeringskeuring relevante normstelling.

Achtereenvolgens zijn dit:
- het keuringsverbod voor aan arbeid gerelateerde verzekeringen (paragraaf 1.3.3.1);
- het verbod op bedingen tot uitsluiting of vermindering van rechten (paragraaf 1.3.3.2);
- de regels op het moment dat wel gekeurd mag worden. Deze zitten besloten in het doelvereiste van artikel 2 WMK en de proportionaliteitsnorm van artikel 3 WMK, die voor de verzekeringskeuring nader zijn ingevuld met de artikelen 5, 6 en 7 WMK (paragraaf 1.3.3.3);
- de opdracht tot zelfregulering van artikel 9 en tot het instellen van een WMK-klachteninstantie in artikel 13 WMK (paragraaf 1.3.4).

De in de wet gegeven keurlingrechten (art. 11 en 12) en de normstelling voor de keurend arts (art. 2 lid 2, 8 en 10) worden niet apart behandeld, maar meegenomen

[26] Enkele in de wet genoemde verwijzingen zijn weggelaten vanwege de beperking tot aanstellingskeuringen. In het bijzonder betreft dit de verwijzing naar vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 5, 6 en 7.

waar en wanneer dit in de context van bovengenoemde onderwerpen relevant is. Daarbij wordt ook stilgestaan bij het wetgevingscluster ter bevordering van volumevermindering dan wel marktwerking in de sociale zekerheid. Dit cluster - meer concreet: TBA, WULBZ en PEMBA - hebben een zekere (gedeeltelijke) privatisering en daarmee een fragmentering teweeggebracht van voorheen publieke en derhalve uniforme inkomensbescherming.[27] Als zodanig hebben zij een aantal verzekeringstechnische problemen gegenereerd die er met de komst van de WMK mogelijk groter op zijn geworden.

Voor een goed begrip van wat onder de WMK niet (langer) mag, is van belang:
- ten eerste, dat de wet onder 'keuren' niet alleen het verrichten van medisch onderzoek verstaat, maar ook het mondeling dan wel schriftelijk stellen van gezondheidsvragen (art.1 sub a);
- ten tweede, dat de wet regels stelt ten aanzien van de *toelating* tot een verzekering en derhalve niet toe ziet op het achteraf inwinnen van gezondheidsgegevens, bijvoorbeeld ter toetsing van een vermoeden van fraude.[28]

1.3.3.1 Het keuringsverbod in de leden 3, 4 en 5 van artikel 4

Toelatingskeuringen voor aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringen zijn met de inwerkingtreding van de WMK niet langer toegestaan, of het nu de toelating tot een voorziening uit de Pensioen- en Spaarfondsenwet (PSW) betreft of tot een bedrijfsgerelateerde verzekering van het ziekte- of arbeidsongeschiktheidsrisico. De verboden gaan, evenals het merendeel van de andere bepalingen, meteen in voor alle na 1 januari 1998 te sluiten arbeidsovereenkomsten en regarderen daardoor ook de met deze (nieuwe) werkgevers al gesloten verzekeringscontracten.[29]

De pensioenverzekering, artikel 4 lid 3 WMK

Het afsluiten van een arbeidsovereenkomst bewerkt doorgaans ook de toelating tot een collectieve pensioenvoorziening. Deze voorzieningen vallen onder de restrictieve en beschermende werking van de PSW, een regeling die - zeer kort gezegd - regels stelt onder meer ter waarborging dat pensioentoezeggingen van de werkgever ook worden nagekomen (Tulfer, 1997). Behalve op de (eigen) oudedagvoorziening kunnen deze betrekking hebben op eerder intredende arbeidsongeschiktheid of vooroverlijden, risico's waarvoor in beide gevallen het individuele gezondheidsrisico relevant is en daarmee een gezondheidskeuring aan de orde kan zijn.

Pensioentoezeggingen kunnen op meerdere wijze gestalte zijn gegeven. Een werkgever kan de voorziening in een uitsluitend voor het eigen personeel bestemd pensioenfonds onderbrengen, het zogenaamde *ondernemingspensioenfonds*.
De voorziening kan ressorteren onder een voor één of enkele branches ingericht *bedrijfstakpensioenfonds*.[30] Tenslotte is mogelijk dat een werkgever die zijn personeel

---

27 Zie hiervoor verder Fluit (2001). Privatisering is in dit verband niet alleen een door de wetgever mogelijk beoogd effect, zoals de herverzekering van het ziekterisico, maar ook een tendens die zich bedoeld of onbedoeld kan voordoen op het moment dat een bestaande sociale werknemersbescherming wordt afgebouwd of ingekrompen, zoals de herverzekering van het 'WAO-gat' (wet TBA).

28 Dit laatste zou met het van kracht worden van de diverse keur- en vraagbeperkingen uit de WMK echter wel in hoge mate actueel worden. Dit komt in hoofdstuk 3 aan de orde.

29 Dit punt is overigens niet van meet af aan voor iedereen duidelijk geweest. Het blijkt achteraf wel de rechtens geldende regel te zijn. Dit komt in hoofdstuk 3 aan de orde.

30 Sinds de jongste wijziging van de Wet betreffende de verplichte deelneming in een bedrijfspensioenfonds is de officiële aanduiding bedrijfstakpensioenfonds of kortweg bedrijfstakfonds.

enig pensioen wil garanderen[31] dit bij een particuliere verzekeraar onderbrengt. Hij kan dit rechtstreeks als verzekerde doen en aldus als werkgever een - doorgaans collectief - contract aangaan met een maatschappij van zijn keuze.[32] Hij kan zijn werknemers ook de middelen ter beschikking stellen om dit zelf te doen bij een maatschappij – of in een vorm - van *hun* keuze. Naar de rubricering in (art. 2 van) de PSW worden deze twee verzekeringstypen aangeduid als respectievelijk B- en C-polis.[33]

Het keuringsverbod van het derde lid van artikel 4 WMK verbiedt toelatingskeuringen voor al deze pensioenvoorzieningen, alsmede voor alle daaraan opgehangen (arbeidsongeschiktheids- of overlijdens-)verzekeringen. Twee situaties zijn van dit verbod uitgesloten:

- de beoogde deelnemer is direkteur/grootaandeelhouder en heeft als zodanig evenmin aanspraak op uitkeringen op grond van de sv-werknemersverzekeringen en;
- het pensioenreglement biedt een keuzemogelijkheid (bijvoorbeeld tussen meer ouderdomspensioen of een nabestaandenpensioen voor de overlevende echtgenoot[34]) en de deelnemer wil op een eerder gemaakte keuze terugkomen. Echter, wanneer deze mogelijkheid voorheen niet bestond en eerst na inwerkingtreding van de wet wordt ingevoerd, geldt het verbod weer wel.

Binnen de verzekeringswereld heeft vooral het keuringsverbod op C-polissen stof doen opwaaien. Deze zijn weliswaar gerelateerd aan de arbeidsverhouding, maar daarnaast toch vooral *individuele* contracten. Kalkman-Bogerd merkt op dat het verbod hierdoor verder gaat dan in de wetsgeschiedenis is gesuggereerd (Kalkman-Bogerd, 1997). En ook het Verbond van Verzekeraars heeft zich meer dan eens op het standpunt gesteld dat verzekeraars bij ‘kleine’ polissen (met individuen of met bedrijven met slechts enkele werknemers) moeten kunnen blijven keuren. Het risico om bij dergelijke verzekeringen zonder gedegen onderzoek tot acceptatie te moeten overgaan is anders voor met name de kleinere verzekeraar te groot (Verheij, 1996). De politiek heeft hier evenwel niet aan gewild, omdat men vreesde dat met zo'n *escape* werkgevers - daartoe aangespoord door verzekeraars met een aantrekkelijke prijsstelling – op grote schaal voor C-polissen zouden gaan opteren. De met de wet beoogde solidariteit van goede met slechte risico's zou vervolgens (wederom) ondergraven worden.

Arbeidgerelateerde verzekeringen buiten de PSW-sfeer, artikel 4 leden 4 en 5 WMK
Ook buiten de PSW-sfeer komen aan de arbeidsverhouding gerelateerde gezondheids-verzekeringen voor. Dat kan een verzekering ten behoeve van de werknemer zijn, zoals een aanvulling van diens WAO-uitkering tot 90 of 100% van het dagloon (of, voor de hoger betaalden, meer dan dat, de zogenaamde excedentverzekering), of de

---

Deelname in een bedrijfstakfonds is in veel gevallen verplicht krachtens de voor de sector van toepassing zijnde cao.

31 Een wettelijke voor alle werkgevers geldende pensioenplicht bestaat in ons land niet. Hierdoor komen nog altijd zogenaamde witte vlekken voor: werknemers die ondanks het feit dat zij in dienstverband werkzaam zijn, geen pensioen opbouwen.

32 Of hier ook werkelijk sprake is van een collectief contract hangt af van het aantal werknemers en het beleid van de betreffende verzekeraar.

33 De formulering voor de C-polis luidt dat de werknemer door de werkgever 'geheel of ten dele' in staat wordt gesteld om de pensioenvoorziening te sluiten. Blijkens de wetsgeschiedenis wordt hiermee niet slechts gedoeld op het scheppen van een faciliteit in de administratieve sfeer; een reële bijdrage van de werkgever aan het pensioen van de werknemer is vereist (Tulfer, 1997, p. 76/77).

34 Het voorbeeld wordt genoemd vanwege de actualiteit. Veel pensioenfondsen kennen zo'n optie al en binnenkort móeten zij deze aan hun deelnemers bieden, in elk geval op de dag dat deze pensioengerechtigd wordt (art.2b PSW).

dichting van het door TBA geslagen 'WAO-gat'.[35] Het vierde lid van artikel 4 verbiedt toelatingskeuringen voor dit type (WAO-) aanvullende verzekeringen.[36] Lid 5 verbiedt toelatingskeuringen voor de - betrekkelijk nieuwe - bedrijfsverzekeringen van het werkgeversrisico bij ziekte (WULBZ, loondoorbetalingsplicht ex art.7:629 BW) en arbeidsongeschiktheid (PEMBA, het eigen-risicodragersschap ex art.78 WAO). Ook voor deze producten geldt derhalve dat verzekeraars - in de woorden van Kalkman-Bogerd - de keus hebben deze zonder keuring aan te bieden of zich uit dit marktsegment terug te trekken (Kalkman-Bogerd, 1997; deze observatie maakte zij in de context van de C-polis).

Het keuringsverbod en de zogenaamde lopende contracten
Een vraag die zowel ten tijde van de parlementaire behandeling als na inwerkingtreding van de regeling vele juridische pennen in beweging heeft gezet, is of de nieuwe keuringsvoorschriften onmiddellijk in (zouden moeten) gaan - zodat ze ook de al lopende verzekeringscontracten regarderen - of eerbiedigend, zodat de in deze contracten gemaakte afspraken van kracht blijven tot het contract afloopt of verlengd wordt. Verzekeraars hebben er steeds op gehamerd dat nieuwe regels niet van toepassing zouden moeten zijn – en dit na het van kracht worden van de regeling de facto ook niet zijn - op contracten die op 1.1.1998 al (met werkgevers) gesloten zijn, de zogenaamde lopende contracten. Over dit vraagstuk zijn vooraf Kamervragen gesteld, ondermeer in de Eerste Kamer door de zogenaamde 'x-fractie' welke mede geïnitieerd waren door het Verbond van Verzekeraars. Deze uitgebreide woordenwisseling heeft evenwel niet de door partijen gewenste helderheid opgeleverd. Het onderwerp is vrijwel meteen na de inwerkingtreding van de WMK aan de burgerlijke rechter voorgelegd in een eveneens door het Verbond geïnitieerde proefprocedure (Kalkman-Bogerd, 2000). Deze ontwikkeling en de in deze inmiddels gewezen einduitspraak komt in hoofdstuk 3 aan de orde.

1.3.3.2 Het verbod op bedingen tot uitsluiting of vermindering van rechten: artikel 4 lid 6

Het zesde lid van artikel 4 verbiedt bedingen tot uitsluiting of een vermindering van rechten op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken. Hiermee is beoogd een mogelijke ontsnappingsroute uit het keuringsverbod te blokkeren. Verzekeraars mogen derhalve niet in de met werkgevers te sluiten contracten bepaalde risico's (zoals rugklachten) al bij voorbaat uitsluiten. In de Eerste Kamer is naar aanleiding van dit verbod gesproken over de bij verzekeringen vrij gangbare uitsluiting van een uitval binnen zekere tijd na aanvang van de verzekering. Verzekeraars hanteren zo'n beding bijvoorbeeld bij overlijdensverzekeringen ingeval van zelfdoding binnen een zekere aanvangsperiode. Maar ook in de *sociale* verzekeringen zijn dergelijke uitsluitingen niet ongebruikelijk.[37] Op de hieromtrent gestelde vraag heeft de minister geantwoord dat het verbod níet het uit de verzekering weren van zogenaamde 'brandende huizen' in de weg wil staan. De vraag wie of wat in deze context kwalificeert voor 'brandend huis' is niet verder uitgewerkt, waardoor aan de verzekeraar enige armslag toekomt om dit onderwerp in de eigen polis dan wel het eigen uitvoeringsbeleid te concretiseren.

---

35 De wet TBA heeft - onder meer - de verlaging op termijn bewerkt van WAO-uitkeringen, ongeacht de mate van resterende arbeidsongeschiktheid. Met name pensioenfondsen zijn dit gat, enigszins tegen de zin van de wetgever in, massaal gaan herverzekeren (Fluit, 2001).

36 Het verbod beperkt zich tot arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De aanvullende overlijdensverzekering, bijvoorbeeld ter dichting van de diverse 'ANW-hiaten' (zie hiervoor b.v. het SER-advies Onverzekerbare risico's), wordt niet genoemd.

37 Bijvoorbeeld de weigeringsbevoegdheid van artikel 30 WAO of de diverse uitsluitingen in het eerste lid van artikel 15 ANW.

Het onderwerp is wel relevant in verband met de aan deze evaluatie ten grondslag gelegde 'afstemmingsvraag' (met andere wetten of rechtsnormen). In combinatie met het door de politiek benoemde gedoogbeleid van brandend-huisuitsluitingen maakt het gecombineerde keuringsverbod van de WMK een reeds bestaand 'fragmentatie-probleem' binnen de sociale verzekeringsregelingen ernstiger. Dit probleem was al vóór de WMK ontstaan als gevolg van de gedeeltelijke privatisering van sociale verzekeringsarrangementen (TBA, WULBZ, PEMBA), die onderdelen van een voorheen publieke inkomensbescherming terecht deden komen bij private, maar vooral: verschillende elkaar opvolgende verzekeraars. Een zodanige versnippering geeft een breukvlak in de dekking, waardoor een kort na een baanwisseling aan het licht getreden ongeschiktheid opeens onverzekerd kan blijken: de vorige verzekeraar (er)kent de verzekering niet meer, de opvolgende beroept zich mogelijk op de brandend-huis clausule. Voor het ziekterisico is dit gevaar bij de invoering van WULBZ ondervangen door een afspraak terzake tussen het Ministerie van SZW en het Verbond van Verzekeraars[38]; voor beide andere regelingen is zo'n uitspraak uitgebleven. De hierbedoelde 'fragmentatiebom' onder de dekking is ten tijde van het schrijven van dit rapport derhalve nog altijd niet ontmanteld en kan onder omstandigheden de werknemer (TBA) dan wel de werkgever (PEMBA) voor onaangename verrassingen plaatsen. Tegelijk kan het bestaan van dit potentiële risico remmend uitwerken op de arbeidsmobiliteit. (Zoals het eindloonsysteem in pensioenverzekeringen werknemers ervan kan weerhouden aan het eind van hun arbeidzaam bestaan in te stemmen met demotie of met deeltijd-VUT te gaan.)
WMK-geïnitieerd is dit probleem niet, maar wel maakt het gecombineerde keurings-verbod uit deze wet - bij de aanstelling én bij de daaraan gerelateerde verzekeringen – dit aspect minder zichtbaar en dus verraderlijker: de werknemer wordt niet meer vooraf gekeurd of bevraagd op gezondheidsbeperkingen en blijft daardoor verstoken van deze voor hem wel hoogst relevante informatie.

1.3.3.3 De beperkingen van het vraag- en onderzoeksrecht in artikel 2 en 3 juncto 5,6,7

De beperkingen op het moment dat keuren is toegestaan worden genoemd in de artikelen 2 en 3 WMK, met voor wat betreft artikel 3 WMK een verdere uitwerking in de artikelen 5, 6 en 7 WMK.

De doelbeperking van artikel 2 WMK

Artikel 2 WMK schrijft voor dat een (verzekerings)keuring beperkt moet zijn tot het doel waarvoor deze verricht wordt. Tevens mogen (lid 2) de in het kader van de keuring vergaarde gegevens niet voor andere doeleinden gebruikt worden. Voor verzekeringen van gezondheidsrisico's, die in het merendeel van de gevallen worden afgesloten op basis van een door de betrokkene in te vullen medisch vragenformulier, betekent deze beperking een impliciete opdracht aan de verzekeringsbranche om het eigen vragenformulier kritisch te bezien op doelgerichtheid c.q. overbodigheid van vragen. De bepaling wordt dan ook genoemd in de eveneens in de wet verstrekte opdracht tot zelfregulering (art. 9 WMK). Dit komt in paragraaf 1.3.4 aan de orde.
Het tweede voorschrift regardeert zowel de verzekeraar als de aspirant-verzekerde. De eerste mag niet, bijvoorbeeld uit efficiëntieoverwegingen, de in het kader van de ene verzekering verkregen medische gegevens voor een andere polisaanvraag gebruiken. De aspirant-verzekerde van zijn kant zal voor iedere af te sluiten polis steeds opnieuw alle relevante gegevens moeten melden. Laat hij dit na - bijvoorbeeld 'omdat de maatschappij dit toch al weet' - dan kan hij het verwijt van verzwijging nadien

38 Bron: zegsman van het VvV.

niet zonder meer pareren met de stelling dat de informatie al in een andere context bij de verzekeraar bekend is (Kalkman-Bogerd, 1996).

De proportionaliteitnorm van artikel 3 WMK

De zogenaamde proportionaliteitsnorm van artikel 3 WMK schrijft voor dat keuringen geen onevenredige inbreuk mogen maken op de persoonlijke levenssfeer van de keurling. Concreet is verboden een gericht onderzoek naar de kans op een ernstige ziekte, waarvoor geen geneeswijze voorhanden is en waarvan evenmin door medisch ingrijpen de ontwikkeling kan worden voorkomen of in evenwicht kan worden gehouden. Ook gericht onderzoek naar een aanwezige, niet behandelbare ziekte die naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden - bijvoorbeeld, de in de parlementaire behandeling genoemde aandoening multiple sclerose - is niet toegestaan. Verzekeraars mogen aspirant-verzekerden derhalve niet naar de dokter sturen voor een onderzoek naar dergelijke aandoeningen. Maar ook - gerichte of verborgen - vragen naar de kans dat zo'n aandoening op een zeker moment intreedt zijn, gezien de ruime betekenis van het begrip 'keuring', niet toegestaan. Wel mag naar de *aanwezigheid* van zo'n ziekte gevraagd worden: op het moment dat deze manifest is, dat wil zeggen symptomen geeft, treedt de meldplicht van de aspirant-verzekerde in. De beoordeling wanneer een ziekte in aanleg aanwezig is, is aan de medische stand voorbehouden, evenals de beoordeling wanneer deze al dan niet behandelbaar is. De arts zal deze vragen steeds op grond van de actuele stand van de wetenschap moeten beoordelen (*Kamerstukken II*, 1995/96, 23 259, nr 13, p. 23/24).

Het keuringsverbod op erfelijkheid: artikel 3 juncto 5 WMK

De normstelling uit artikel 3 is nader ingevuld met *de artikel 5* (erfelijke aandoeningen) *en artikel 6* (HIV/AIDS) WMK. Voor beide onderwerpen zijn de brancheregels, het moratorium erfelijkheid en de HIV-gedragscode, de leidraad geweest. Dat betekent echter niet dat deze daarmee zijn opgewaardeerd tot wettelijke regeling.[39]
Echter, vooralsnog - dat wil zeggen tot het moment dat door zelfregulering tot betere afspraken is gekomen - mogen beide als leidraad voor de uitvoering gebruikt worden. Een belangrijk afbakeningscriterium in deze is het onderscheid naar gangbare en daarboven uitgaande verzekeringen: de hierna te noemen beperkingen gelden vrijwel alle uitsluitend voor de noodzakelijke of gangbare verzekeringen.[40] Dit criterium, de vragengrens van artikel 5, tweede lid WMK, bedraagt:

- voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen f 60.000 voor het eerste jaar en f 40.000 voor de jaren daarna[41] en
- voor overlijdensverzekeringen f 300.000.

Voor een goed begrip van wat ten aanzien van deze gangbare verzekeringen wel en niet mag, moet onderscheid gemaakt worden tussen vragen naar *het lijden aan* dan wel het *in de familie vóórkomen* van een erfelijke aandoening aan de ene kant, en die naar op erfelijkheid gericht *onderzoek* aan de andere kant. Het eerste - vragen naar lijden aan, dan wel in de familie vóórkomen - is verboden ten aanzien van ziekten die behalve erfelijk, ook ernstig en onbehandelbaar zijn. Dit verbod betreft de persoon van de verzekerde – tenzij de ziekte al manifest is, in welk geval voor hem een meldplicht geldt – en zijn bloedverwanten, óók wanneer de ziekte bij deze laatsten wel manifest

---

39 Zie over het verschil tussen de normstelling van artikel 5 en die in het moratorium de beschouwing van de minister in de Eerste Kamer, p. 23 infra.

40 In beginsel want het verbod op onderzoek naar erfelijkheid geldt in het moratorium voor alle verzekeringen, derhalve ook die waarin het verzekerde bedrag de vragengrens te boven gaat.

41 Deze beperking geldt niet voor de aan arbeid gerelateerde (excedent)verzekering van artikel 4 lid 4 WMK.

is, of zij daaraan zijn overleden. Het tweede – het verbod op vragen naar verricht erfelijkheidsonderzoek - beperkt zich niet tot ernstige aandoeningen. In de parlementaire behandeling is in dit verband het voorbeeld gegeven van cholesterol: vragen naar het eigen cholesterolgehalte mag, de vraag naar op erfelijke aanleg gericht cholesterol*onderzoek* niet. (MvA/EK, *Kamerstukken I*, 1996/97, 23 259, nr 91c p. 13/14). In een commentaar op dit onderdeel van de regeling merkt Kalkman-Bogerd op dat dit dus betekent dat een verzekeraar de aspirant-verzekerde rechtens geen vragen mag stellen naar een op erfelijkheid gericht onderzoek, maar hem wel voor een gericht onderzoek naar diezelfde aandoening naar de dokter mag sturen (Kalkman-Bogerd, 1997). In haar ogen is dit een 'bizar' effect van de WMK dat voortkomt uit de zorg voor de volksgezondheid: mensen mogen niet uit angst voor nadelige consequenties in de toekomst worden weerhouden om voor hen mogelijk relevant erfelijkheidsonderzoek te laten uitvoeren.

Behalve dat niet expliciet naar dit type erfelijke aanleg gevraagd mag worden, mogen de medische vragenformulieren voor de verzekering ook niet zodanig zijn ingericht dat de verzekeraar via een omweg - bijvoorbeeld via de zogenaamde familieanamnese - informatie krijgt over een bij de aspirant-verzekerde bestaande erfelijke aanleg. *Dit onderwerp is een kwestie voor de zelfregulering* (MvA/EK, p. 9, cursivering auteurs).

Het keuringsverbod op onbehandelbare aandoeningen artikel 3 juncto 6 en 7 WMK
Artikel 6 WMK is met een derde nota van wijziging – en enigszins tegen de zin van de initiatiefnemer tot de wet in – aan de regeling toegevoegd. De bepaling maakt, in afwijking van artikel 3 WMK, een gericht onderzoek naar AIDS of seropositiviteit mogelijk. Boven de vragengrens is dit altijd toegestaan (art. 6 sub a), daaronder alleen als het antwoord op zekere 'gerechtvaardigde vragen' daartoe aanleiding geeft (art. 6 sub b). De bepaling is geënt op de door de branche ontwikkelde (HIV-)code, welke geldt als concrete invulling *tot het moment dat betere afspraken zijn gemaakt*. Blijven deze uit of voldoen ze niet aan de gestelde eisen, dan volgt een nadere invulling bij AMvB (Handeling EK 1997, 25, p. 1163).
Ten slotte is met de vierde nota van wijziging de bepaling toegevoegd (art. 7) dat de minister van VWS het gestelde in artikel 6 WMK van analoge toepassing kan verklaren, indien dit vanwege een dringend algemeen belang noodzakelijk is. De bepaling is – opnieuw: op verzoek van de verzekeringsbranche - toegevoegd met het oog op de kans dat er in de toekomst een epidemie uitbreekt van een nu nog onbekende, of hier niet vaak voorkomende onbehandelbare aandoening. Als voorbeeld is de ziekte ebola genoemd (*Kamerstukken II*, 23 529, nr 35, p. 4).[42] Evenals voor de HIV-code geldt deze analoge toepassing *tot het moment dat middels zelfregulering andere afspraken zijn gemaakt*.

1.3.4 Zelfregulering in de context van keuringen: artikel 9, 13 en 14 WMK

1.3.4.1 Draagvlak als conditie voor zelfregulering

Zowel in de wet als in de parlementaire behandeling is verwezen naar onderwerpen die de bij de wet betrokken belangenorganisaties kunnen of behoren te regelen. Deze verwijzingen zijn in het voorgaande steeds gecursiveerd.
Tevens zijn condities geformuleerd waaraan dit type (zelf)regulering dient te voldoen. Zelfregulering is in de context van de WMK immers níet het eenzijdig vaststellen – en daarmee opleggen - van regels door één partij, zoals bij verzekeringskeuringen het

42 Het voorbeeld is wat curieus, nu ebola een uiterst snel naar buiten tredende en zeer besmettelijke aandoening is, waarop (verzekerings)artsen niet graag zullen willen keuren.

Verbond van Verzekeraars en bij aanstellingskeuringen organisaties van bedrijfsartsen. Wettelijk adequaat is de regelstelling eerst wanneer deze de vrucht is van samenwerking van allen die het onderwerp aangaat. Dit element wordt hierna aangeduid als draagvlakvoorwaarde.
Deze voorwaarde is temeer van belang, nu de opdracht tot zelfregulering gepaard gaat met de aanzegging dat bij uitblijven van adequate regelstelling een wettelijke maatregel (AMvB) zal volgen. Deze aanzegging wordt gedaan in het tweede lid van artikel 14 WMK.
Uit de behandeling in met name de Eerste Kamer blijkt dat de regering zwaar aan deze draagvlakvoorwaarde tilt. Zelfs wordt over de HIV-code opgemerkt dat deze geen zelfregulering *is*, omdat ze eenzijdig door het Verbond van Verzekeraars is vastgesteld (Nadere MvA EK, *Kamerstukken I*, 1996/97, 23 259, nr. 91 e, p. 2). Inhoudelijk moge aan deze vaststelling iets af te dingen zijn, de politieke boodschap is er niet minder om: organisaties die de wetgever op afstand willen houden, zullen behalve handelend ook *onder*handelend moeten optreden. Behalve dat hetgeen wordt geregeld inhoudelijk in orde moet zijn, dient dit ook het fiat te hebben van alle in de wet met name genoemde belangenorganisaties.

1.3.4.2 De tot regulering geroepen partijen

Deze bij de zelfregulering te betrekken partijen of actoren worden genoemd in artikel 9 WMK. Een onderscheid naar aanstellings- en verzekeringskeuring wordt hierin niet gemaakt, evenmin als naar te reguleren onderwerp. Waarschijnlijk hoeven daarom niet steeds alle in artikel 9 genoemde partijen voor ieder voorliggend onderwerp geraadpleegd te worden. Wel zal elk onderdeel tot stand gebracht moeten zijn met medeweten en -werken van degenen, althans hun organisaties, die het onderwerp aangaat.

De genoemde ‘representatieve organisaties’ zijn die van:
- de werkgevers
- de verzekeraars
- werknemers
- de consumenten en patiënten
- de artsen.

Aan hen komt, naast een reguleringstaak, ook een opdracht (bevoegdheid, dan wel impliciet verplichting) toe, namelijk om een klachtencommissie in te stellen en een voor dit orgaan geëigende klachtenregeling te ontwerpen. Deze bevoegdheid is gegeven in artikel 13 WMK. Op beide, de reguleringstaakstelling van artikel 9 en de in te stellen klachtencommissie ex artikel 13, wordt hieronder ingegaan.

1.3.4.3 Artikel 9 WMK: onderwerpen ter zelfregulering

Als te reguleren onderwerpen noemt artikel 9:
- de doelomschrijving van artikel 2 en;
- voor welke functie-eisen aanstellingskeuringen mogen worden verricht , artikel 4;
- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikel 3, 5, 6, 7 en 8.[43]

Aldus geformuleerd is de opdracht dermate ruim dat partijen hier nog alle kanten – of geen enkele kant - mee uit kunnen. Wel geeft de parlementaire behandeling in met name de Eerste Kamer enige indicatie waaraan in deze context gedacht moet worden.

43 Artikel 8 verplicht de keuringvrager het doel van de keuring, de te stellen vragen en te verrichten onderzoeken schriftelijk vast te leggen én de aspirant-verzekerde tijdig voor aanvang van de keuring schriftelijk en op begrijpelijke wijze in te lichten over deze zaken en over zijn rechten als keurling.

Zo antwoordde de minister - op een vraag van het CDA of de inwerkingtreding van de regels ten aanzien van verzekeringen niet zou moeten worden uitgesteld, omdat diverse relevante begrippen nog onvoldoende zijn ingevuld - dat het 'een inhoudelijk verklaarbare en gebruikelijke wetgevingstechniek' is om niet alles in detail te willen regelen en normatieve begrippen ter verdere invulling aan de betrokken partijen en ingeval van conflict aan de rechter over te laten. De WMK sluit, aldus de bewindsman, hierop aan en geeft partijen aldus de ruimte om in onderling overleg tot nadere afspraken te komen. Echter, *het feit dat daarbij van zelfregulering wordt uitgegaan* wil nog niet zeggen dat alles aan de partijen wordt overgelaten. "De wetgever stelt de kaders vast waarbinnen men moet blijven, de zogenoemde geconditioneerde zelfregulering" (MvA/EK, p. 6, cursivering auteurs). Voorts zijn in de gedachtenwisseling met de Eerste Kamer enige concrete voorbeelden gegeven van zaken die 'de zelfregulering' zou moeten oppakken. Beide betreffen onderwerpen waarvoor de brancheregulering van het Verbond van Verzekeraars 'vooralsnog' als uitgangspunt genomen mag worden, het moratorium erfelijkheid en de HIV-code.
Ten aanzien van het eerste is opgemerkt dat beide - wet en moratorium - zich goed tot elkaar verdragen, maar dat een inhoudelijk verschil tussen beide is dat het moratorium de mededelingsplicht van aspirant-verzekerden inperkt, terwijl de WMK uitgaat van een beperking van het vraagrecht. Dit laatste is 'uiteraard beter', omdat de verzekeraar de keuringvragende partij is (MvA/EK, p. 8). Meer concreet is een in deze te reguleren onderwerp de inrichting van het medische inlichtingenformulier. 'Uiteraard', aldus de minister, mogen de vragen over niet-ernstige erfelijke ziekten bij familieleden niet zodanig zijn geformuleerd, dat de verzekeraar daardoor informatie krijgt over een erfelijke aanleg voor ziekte. *Dit aspect is een kwestie van de zelfregulering* (MvA/EK, p. 9, cursivering auteurs).
Ten aanzien van de HIV-code is in de parlementaire behandeling gesproken over de hierin voorkomende vragenlijst. Deze lijst maakt géén deel uit van artikel 6 WMK, aldus de minister in reactie op aan hem gestelde vragen. En als de Tweede Kamer dat gewild had, had zij deze in het amendement dat tot deze bepaling heeft geleid moeten opnemen. Dit is niet gebeurd.[44] De ter regulering voorliggende kwestie is derhalve een 'nadere' invulling van het begrip 'gerechtvaardigd' uit artikel 6 WMK.[45]
Dat kan door de bestaande vragenlijst te laten bekrachtigen door alle vertegenwoordigers van partijen, of door deze te herformuleren, zodanig dat deze volledig spoort met de beperkingen van de artikelen 2 en 3 WMK. Het standpunt of, zoals dit wordt genoemd, de 'interpretatie' van het Verbond van Verzekeraars dat de vragen uit de HIV-code al aan de normering voldoen, wordt 'strijdig met de systematiek van de wet' genoemd, omdat de code eenzijdig door het Verbond is vastgesteld en dus geen zelfregulering is. De bij het onderwerp betrokken organisaties zullen het hier derhalve alsnog over eens moeten zien te worden (Nadere MvA/EK, p. 3.).

1.3.4.4 Artikel 13 WMK: de instelling van een klachtencommissie

Artikel 13 ten slotte geeft de bevoegdheid – of in het licht van artikel 14 misschien juister: de opdracht - om een onafhankelijke klachtencommissie in te stellen, bij wie klachten ten aanzien van WMK-keuringen kunnen worden ingediend. Deze vormt zich hierover een oordeel en brengt dit vervolgens ter kennis van de klager en van degene

44 Nadere MvA/EK, p. 3. Eerder had de bewindsman al aangegeven geen voorstander van artikel 6 te zijn geweest, maar deze niettemin aanvaard te hebben, omdat hij de belangrijke onderdelen van deze regeling niet vanwege dit onderdeel in de waagschaal wilde stellen (MvA/EK, p. 11).

45 Wat de bewindsman hiermee bedoeld – een anders geformuleerde invulling, juridisch sluitender, dan wel inhoudelijke bevredigender (?) – wordt uit de verdere gedachtenwisseling niet duidelijk.

over wie geklaagd is. Voorts houdt de opdracht het vaststellen van een reglement voor deze klachtencommissie in.

1.3.5 Andere relevante normen en regelgeving in het kader van keuringen

De (grond)wettelijke normering
In paragraaf 1.2 kwam aan de orde dat grondrechten een belangrijk argument, maar niet doorslaggevend zijn voor de totstandkoming van de WMK. Niettemin zijn deze grondrechten voor een goed begrip van de in de wet gegeven normen wel van belang. Dit zijn:

- het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waaronder de eigen persoonsgegevens (medisch dossier);
- het recht op de onaantastbaarheid van het lichaam, relevant voor bijvoorbeeld bloedafname;
- het gelijkheids- of non-dicriminatiebeginsel.

Bovengenoemde grondrechten zijn zowel verdragsrechtelijk als grondwettelijk gegarandeerd. De garantie van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer staat in artikel 10 BW resp. artikel 8 EVRM, de onaantastbaarheid van het lichaam in artikel 11 BW en artikel 3 EVRM en het non-discriminatiebeginsel in artikel 1 BW en diverse verdragen waaronder het EVRM en het IVBPR. Alledrie hebben zij middels directe of althans indirecte horizontale werking van grondrechten ook betekenis voor de keuringssituatie. De grondrechten zijn verder in wetgeving uitgewerkt. Relevante wetten in deze context zijn de eerder genoemde Wet persoonsregistraties (binnenkort de Wet bescherming persoonsgegevens), de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Algemene Wet Gelijke Behandeling (AWGB). De flankerende regelgeving rond het werkingsgebied van aanstellingskeuringen komt hierna aan de orde.

1.3.5.1 Flankerende regelgeving rond het werkingsgebied van aanstellingskeuringen

1.WGBO, rechten en plichten in de context van medisch handelen
Zoals gezegd is de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst in 1995 als vijfde afdeling van Boek 7 opgenomen in het Burgerlijk Wetboek (art.en 7:446-468 BW).[46] Voor dit onderwerp zijn relevant de bepalingen terzake van het recht op informatie én om van informatie verschoond te blijven ('niet-weten'), het toestemmingsrecht, het recht op geheimhouding en de norm van het 'goed-hulpverlenerschap' (art. 7:453). Ook wordt een aantal voorschriften gegeven met betrekking tot het aan te leggen medisch dossier. Relevant in de context van dit onderwerp is de regel, dat de ten behoeve van een keuring verzamelde gegevens slechts zolang worden bewaard als noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring. Voorts verkrijgt de keurling zeggenschap over de manier waarop met de in het kader van de keuring vergaarde gegevens wordt omgegaan.
Deze laatste WGBO-regeling is in het Protocol Aanstellingskeuringen verder uitgewerkt. Men vindt daar onder andere de regel dat de keuringsgegevens worden vernietigd (behoudens bezwaar van de keurling) als niet tot aanstelling wordt overgegaan en dat deze, indien het wel tot een aanstelling komt, met toestemming van de

46 In deze regeling zijn de belangrijkste rechten en plichten van arts en patiënt neergelegd. Nu vindt een aanstellingskeuring strikt genomen niet plaats in het kader van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. Maar wel verklaart de zogenaamde Schakelbepaling (art. 7:464 BW) de betreffende regels van toepassing op handelingen op het gebied van de geneeskunst, anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst, voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet.

keurling gebruikt kunnen worden als uitgangspunt voor de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.[47]

2. BIG, goed-hulpverlenerschap en de tuchtnorm
De omstandigheid dat de keuringsarts in de uitoefening van zijn functie aan de professionele standaard van het goed-hulpverlenerschap is gebonden, wil zeggen dat hij ook in de context van aanstellingskeuringen moet handelen volgens de erkende stand van de wetenschap binnen de beroepsgroep. Overtreding van deze norm kan resulteren in een zowel civielrechtelijke aansprakelijkstelling - bijvoorbeeld voor schade bij een onterechte afkeuring - als een tuchtrechtelijke. Voor deze tuchtrechtelijke aansprakelijkheid is de tuchtnorm in artikel 47 van de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (BIG) van belang.[48]

3. goede trouw, redelijkheid en billijkheid
De norm van de 'goede' of zorgvuldige behandelaar is in de context van WGBO en de wet BIG al aan de orde geweest. Bij aanstellingskeuringen speelt behalve de relatie keurling/keurende instantie ook die tussen de sollicitant en diens beoogde werkgever een rol. De WMK geeft aanvulling op het BW. De in Boek 7.10 neergelegde goedwerknemer- c.q. goedwerkgeversnorm (art. 7:611) is op deze relatie (nog) niet van toepassing, nu deze eerst gaat gelden op het moment dat een arbeidsovereenkomst tot stand is gekomen. Voor de benoeming van de op deze relatie van toepassing zijnde rechtsnorm komt men derhalve terecht bij de artikelen 3:11 (goede trouw) en 3:12 (redelijkheid en billijkheid) BW. Als centraal begrip voor de aanstelling(skeuring) geldt de zogenaamde 'precontractuele goede trouw'-norm. In de context van de WMK is deze relevant omdat het niet langer toelaatbaar zijn van medische onderzoeken of vragen de positie van de sollicitant (naar wiens conditie niet langer gevraagd mag worden) in een ander licht stelt.
In de context van de WMK is de precontractuele goede trouw norm relevant, omdat deze in een situatie waarin een beoogde werkgever bepaalde zaken niet meer mag vragen, op de sollicitant een zekere spontane meldingsplicht lijkt te leggen. De WMK beoogt het inwinnen van voor de functie irrelevante informatie uit te sluiten, maar dit laat onverlet dat een werkgever een gerechtvaardigd belang kan hebben om vooraf kennis te nemen van hetgeen tijdens de sollicitatie mogelijk wél relevant is. Een sollicitant mag er derhalve niet zonder meer vanuit gaan, dat hij de gegevens waarnaar een werkgever niet rechtstreeks mag vragen ook in alle gevallen mag achterhouden.

Over dit onderwerp bestond al voor 1998 enige jurisprudentie, namelijk in de context van het verzwijgen van een aandoening die de werknemer ongeschikt maakt voor de uitoefening van de functie. De Hoge Raad achtte dit in 1991 een voldoende grondslag voor ontslag[49]; bij de parlementaire behandeling van het wetvoorstel WMK is dit nog eens met zoveel woorden bevestigd. Het feit dat een werkgever geen gezondheids-vragen meer mag stellen ontslaat de sollicitant niet van zijn verplichting om de voor de vervulling van de functie relevante gezondheidsbeperkingen zelf te melden.

47 Deze laatste bepaling (art. 2.5.5 PAK) is in het licht van de latere normstelling uit artikel 2 lid 2 WMK vermoedelijk niet meer rechtsgeldig. Dit aspect is in paragraaf 1.3.3.3 aan de orde geweest (derde element).

48 Dat de hierin neergelegde norm - een handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsuitoefenaar hoort te betrachten - ook op aanstellingskeuringen van toepassing is, is in de praktijk van alledag wel doorgedrongen: ook aanstellingskeuringen zijn regelmatig aanleiding tot het indienen van klachten bij de tuchtrechter. Gevers (1998) onder verwijzing naar CMT 3.3.94, TvGR 1994/53.

49 HR 20.3.81, NJ 1981,507.

Verzwijging van relevante informatie levert te allen tijde strijd op met de precontractuele redelijkheid en billijkheid (Gevers, 1998; Hendriks, 2000).[50]

Dit uitgangspunt is na inwerkingtreding van de WMK in hoger beroep bevestigd door de Rechtbank Rotterdam. De WMK bepaling die een sollicitant het recht geeft te zwijgen over medische kwesties die voor de betreffende functie niet rechtstreeks van belang zijn, geeft hem niet een vrijbrief om te zwijgen over een voor de betreffende functie relevante fysieke ongeschiktheid, aldus de rechter. Anderzijds betekent deze zelfde goede trouw dat ook een werkgever 'zijn precontractuele uiterste best moet doen om er achter te komen waarom een eerdere betrekking werd geweigerd'.[51] Hoe deze kennelijke inspanningsverplichting eruit moet zien in een rechtsbetrekking waarin, naar ook de rechtbank onderkent, niet naar medische gegevens gevraagd mag worden, wordt niet aangegeven.[52]

De WMK staat het de sollicitant toe te zwijgen over gezondheidsbeperkingen die voor de functie waarnaar gesolliciteerd wordt *niet relevant* zijn én verbiedt de beoogde werkgever terzake vragen te stellen. Voor wat betreft de precontractuele goede trouw norm is de werkgever afhankelijk van de bereidwilligheid van de sollicitant om hem eigener beweging te wijzen op zaken die voor de beoogde aanstelling relevant zijn, zoals gezondheidsbeperkingen die de gewenste functie mogelijk niet-passend doen zijn. Laat de sollicitant dit na, dan komt zijn stilzwijgen – misschien nog wel meer dan vóór de WMK – voor zijn rekening. Bij gebrek aan relevante jurisprudentie is deze vaststelling overigens speculatief.

4. REA, de artikel 29b ZW en artikel 77b WAO, de frictie tussen melden en niet melden
Een andere complicatie die naar voren wordt gebracht ten aanzien van deze informatienorm in de voorfase tot een arbeidsovereenkomst, is dat bepaalde reactiveringsmaatregelen in sociale-verzekeringsregelingen het spreken over medische beperkingen in de context van een sollicitatie juist stimuleren. Dit geldt met name voor het reïntegratie-instrumentarium dat wordt genoemd in de Wet (Re)integratie Arbeidsgehandicapten (REA), de Ziektewet (met name art. 29b, vangnetverzekering voor arbeidsgehandicapte werknemers) en de WAO (met name art. 77b, premiereductie bij het in dienst hebben van een zeker quotum arbeidsgehandicapten).[53]
Om in aanmerking te komen voor een subsidie - bijvoorbeeld het Plaatsingsbudget, Pakket op maat, respectievelijk overname loonbetalingsplicht in het eerste ziektejaar of korting basispremie WAO - moet de werkgever kennis hebben van de arbeidshandicap van de werknemer. Een sollicitant is mogelijk arbeidsgehandicapt of 'van rechtswege' of op basis van een hierop gericht attest. Het Plaatsingsbudget en het Pakket op maat moeten worden aangevraagd binnen twee maanden na het in dienst nemen van de arbeidsgehandicapte. Voor de beide andere genoemde regelingen geldt deze termijn niet.

---

50 Onder verwijzing naar Kamerstukken II 1993/94, 23 259, nr. 7.

51 RB Rotterdam, 1.4.99, TvGR 2000, p. 116-122.

52 Eveneens is het afwachten hoe de jurisprudentie ten aanzien van artikel 7:629 lid 3 BW zich zal ontwikkelen, na de invoering van het verbod op aanstellingskeuring en het in de context van een sollicitatie stellen van gezondheidsvragen. Deze in het kader van de WULBZ ingevoerde bepaling geeft de werkgever de bevoegdheid de loondoorbetaling op te schorten van de werknemer wiens ongeschiktheid het gevolg is van een gebrek waarover hij in het kader van een aanstellingskeuring valse informatie heeft verstrekt.

53 De Vos en Smitskam, Reïntegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten 2001, TNO Arbeid rapport 9900583, Hoofddorp, 2001.

Hendriks (2000) ziet om die reden in de WMK een potentiële stoorzender voor zowel het verrichten van onderzoek naar het realiseren van werkaanpassingen, als voor het beroep doen op REA-voorzieningen in de fase waarin nog geen arbeidsovereenkomst bestaat. Immers, “een werkgever is ingevolge de WMK niet gerechtigd om te informeren naar het bestaan van een arbeidshandicap. Dit kan een stimulans betekenen voor werkgevers om de onderhandelingen met sollicitanten voortijdig af te breken en kan tot gevolg hebben dat REA-voorzieningen onbenut blijven” (Hendriks, 2000). Hier wordt een verwachting uitgesproken ten aanzien van een neveneffect van de WMK op het gebruik van de op reïntegratie van arbeidsgehandicapten gerichte stimuleringsmaatregel. In de praktijk geldt dit echter alleen voor het Plaatsingsbudget en in mindere mate voor het Pakket op maat, welke een beperkte aanvraag termijn kennen.

5. AWGB, non-discriminatie
Een onderscheid maken naar handicap is geen in de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB) verboden vorm van discriminatie. Ook zonder zo'n expliciete grond in de AWGB kan het (zonder dat daartoe een rechtvaardiging bestaat) uitselecteren van mensen op grond van hun vermeende gezondheidssituatie als discriminatie worden aangemerkt en daardoor juridisch worden aangevochten. Het ruim geformuleerde discriminatieverbod van artikel 26 IVBPR biedt daarvoor een handvat.[54]

6. WBP, privacy en keuring
De bescherming van persoonsgegevens ressorteert nu nog onder de Wet persoonsregistraties (WPR), maar deze wordt eerdaags vervangen door de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Deze nieuwe privacywet voorziet in de implementatie van EG richtlijn 95/46 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens. De WBP bevat regels ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens, gedragscodes voor en aansprakelijkheid van verantwoordelijke instanties en rechtsbescherming van de burger. De wet stelt eisen aan het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens, met een verscherpt regime voor gegevensverwerking in de gezondheidszorg.

1.3.5.2 Relevante regelgeving rond het werkingsgebied van verzekeringskeuringen

Voor het merendeel is de voor het onderwerp relevante flankerende regelgeving al aan de orde gesteld. In paragraaf 1.2.1 is stilgestaan bij de verzekeringsrechtelijke context en de norm van de 'redelijk handelend verzekeraar'. Tevens is de vanuit het gezondheidsrecht gegeven normstelling ten aanzien van het medisch handelen en de concrete uitwerking hiervan in de WGBO benoemd. Voor het overige zijn in de voorafgaande paragraaf over aanstellingskeuringen enige aspecten van flankerende regelgeving genoemd die ook voor de verzekeringskeuring relevant zijn. Meer in het bijzonder betreft dit de grondwettelijke normering, het non-discriminatiebeginsel en de (precontractuele) goede-trouwnorm. Kortheidshalve wordt naar deze paragraaf verwezen.
Bij de beschrijving van het verbod op uitsluitende bedingen (art. 4 lid 6, zie paragraaf 1.3.3) is gewezen op de afstemmingsproblematiek van het WMK-keuringsverbod met de op privatisering van sociale verzekeringen gerichte (dan wel deze in de hand

54 Artikel 26 IVBPR garandeert bescherming tegen discriminatie op welke grond ook, zoals ras huidskleur, geslacht, taal, godsdienst, politieke of andere overtuiging, nationale of maatschappelijke afkomst, eigendom, geboorte of andere status.

werkende) wetgevingsoperaties uit de jaren negentig. De inhoud van deze operaties - ook wel bekend als (de herverzekering van) het WAO-gat, het ziekterisico en het eigenrisicodragerschap in de WAO - wordt bekend verondersteld.[55] Voorts is stilgestaan bij de frictie tussen het uitgangspunt uit het private verzekeringsrecht dat een aspirant-verzekerde al hetgeen relevant kan zijn voor de af te sluiten verzekering dient te melden en het met de WMK gegeven recht om zaken die er zowel voor de beslissing tot acceptatie voor de verzekering, als voor die van de aspirant-verzekerde om zich te willen verzekeren toe kunnen doen, voor zich te houden. Trefwoorden hier zijn het 'recht om te zwijgen' en het gevaar van zelf- en van daaruit antiselectie.

1.3.6 Verslag over doeltreffendheid en effecten van de WMK (art. 15)

In het laatste artikel 15 van de WMK wordt vermeld dat de Minister van VWS in overeenstemming met de Minister van SZW aan de Staten-Generaal verslag doet over de doeltreffendheid en de effecten van de WMK in de praktijk. Het Ministerie van SZW heeft ZON gevraagd daartoe een onderzoek te laten verrichten. In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraagstelling die voor de eerste evaluatie van de WMK door ZON zijn geformuleerd en op de daaruit afgeleide centrale onderzoeksvragen.

1.3.6.1 Onderzoeksvragen

Door ZON zijn de invalshoeken of vraagstellingen aangegeven van waaruit de analyse van te verzamelen gegevens diende te geschieden. Deze zijn beschreven in de programmatekst 'Programma evaluatie regelgeving Wet op de medische keuringen'.

Het betreft in het kort de volgende vragen:[56]

1. In hoeverre worden de WMK-bepalingen nageleefd?
2. In hoeverre zijn de doelstellingen van de WMK bereikt?
3. Zijn de risicoselectie bij sollicitaties en verzekeringen, alsmede de (vrees voor) ongewenste maatschappelijke gevolgen van keuringen verminderd?
4. Heeft de wet effect gehad op het aanbod van verzekeringsproducten en de voorwaarden (inclusief premie) waaronder ze worden aangeboden? Zo ja, welke?
5. Is de wet handhaafbaar? Hoe verloopt het toezicht op de naleving van de wet?
6. Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen, zoals de mededelingsplicht en de precontractuele redelijkheid en billijkheid?
7. Is het instrumentarium – c.q. het reguleren van de keuring, in eerste instantie grotendeels door middel van zelfregulering – doeltreffend ter versterking van de rechtspositie van sollicitanten en aspirant-verzekerden?
8. Is de rechtspositie van sollicitanten en aspirant-verzekerden versterkt?

Deze acht vraagstellingen zijn in lijn gebracht met de bijna 40 meer concrete deelvragen waarop het onderzoek min of meer een antwoord wil geven en vervolgens door de onderzoekers teruggebracht tot drie centrale onderzoeksvragen. Inhoudelijk ligt bij deze vragen de nadruk steeds op de vraag of (eerder gesignaleerde) praktijken en gedragsreacties van werkgevers en verzekeraars nog altijd aan de orde zijn en zo ja, of deze dan in omvang zijn toegenomen, gelijk gebleven of afgezwakt. Deze aspecten worden, waar dit aan de orde is, meegenomen bij de beantwoording van de centrale onderzoeksvragen.

---

55 Zie hierover uitgebreider, Verzekeringen van solidariteit (Fluit, 2001).

56 De vragen zijn voor de onderdelen aanstellings- en verzekeringskeuringen nagenoeg gelijk. Extra ten opzichte van het onderdeel aanstellingskeuringen is de vierde vraag.

1.3.7 Centrale onderzoeksvragen

De eerste centrale onderzoeksvraag omvat vragen naar de min of meer kwantificeerbare doelstellingen en resultaten van de WMK-effectevaluatie. De tweede centrale onderzoeksvraag betreft meer de vragen naar *proces*matige componenten. Een aparte derde centrale onderzoeksvraag betreft het thema zelfregulering.

Centrale onderzoeksvraag 1:
Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten (evaluatievragen 1,2,3,4)
- Welke effecten werden en worden beoogd met de WMK?
- Welke (mogelijke) neveneffecten van de WMK zijn door de diverse partijen benoemd?
- Wat zijn in de praktijk de effecten van de WMK?
- Welke neveneffecten doen zich in de praktijk voor?

Centrale onderzoeksvraag 2:
Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen, de handhaving van de WMK en de rechtspositieversterking van sollicitanten en aspirant-verzekerden geregeld en hoe pakken deze in de praktijk uit? (evaluatievragen 5,6,7,8)
- Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de gedeeltelijke privatisering van sociale werknemersverzekeringen door TBA, WULBZ en PEMBA en REA?[57]
- Op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet?
- Wat voor consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk?
- Op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats?
- Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechtspositie van aspirant-verzekerden of behoeft dit verbetering?

Centrale onderzoeksvraag 3:
Hoe heeft het concept van zelfregulering bijgedragen aan de realisatie van doelstelling van de WMK?
- Op welke wijze hebben representatieve organisaties van werkgevers, verzekeraars, werknemers, consumenten en patiënten en artsen de hun opgedragen taken ten aanzien van de zelfregulering uitgevoerd en met welke resultaten?
- In welke mate voldoen protocollen, convenanten en andere afspraken gemaakt in het kader van de zelfregulering aan de doelstellingen van de WMK?

1.3.7.1 Een eerste indruk

In deze paragraaf 1.3 werden de inhoud van de wettelijke normstelling van de WMK beschreven en de voorwaarden die gesteld worden aan het mogen verrichten van aanstellings- en verzekeringskeuringen en de wettelijke rechten en plichten van de bij zo'n keuring betrokken partijen. Vervolgens is het juridisch kader rondom de WMK besproken dat deze normstellingen nader bepaalt. Daarmee is een eerste indruk gegeven van de antwoorden op de politiek/juridische subvragen van dit onderzoek. In

[57] De inhoud van deze regelingen (de wet Terugdringing beroep op arbeidsongeschiktheidsregelingen, de Wet uitbreiding loondoorbetalingsverplichting bij ziekte en de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen) wordt bekend verondersteld. Voor dit onderzoek is relevant het door TBA geslagen 'WAO-gat', en het niet langer publiek verzekerde ziekte- en vijf-jaarongeschiktheidsrisico (het eigen-risicodragerschap van de wet PEMBA).

de volgende paragraaf 1.4 wordt aangegeven hoe de beschreven beoogde en verwachte (neven) effecten en de beoogde procedurele aspecten en uitvoering zijn vertaald voor het empirische onderzoek naar de daadwerkelijke uitvoering en effecten van de WMK. Daarbij wordt de relatie tussen de diverse normstellingen in de WMK en de onderzoeksvragen weergeven en de methode van onderzoek.

1.4 De onderzoeksvragen per deelonderzoek en methode

1.4.1 Inleiding

Bij de evaluatie van de WMK gaat het ondermeer om de vraag of de normstellingen worden nageleefd en of de beoogde doelstellingen zijn gerealiseerd. De in de voorafgaande paragraaf besproken normstellingen bepalen dan ook de in deze paragraaf geformuleerde onderzoeksvragen (paragraaf 1.4.2).
Als het gaat om empirisch sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar implementatie en uitvoering van wetgeving is het gebruikelijk een onderscheid te maken in beleids-effectevaluatie en procesevaluatie. Effectmeting van wet- en regelgeving is niet eenvoudig omdat de verandering in de maatschappelijke werkelijkheid (minder, effectiever, efficiënter etc.) causaal aan deze wet- en regelgeving moet kunnen worden toegeschreven. Daarbij komt dat de WMK in 1998 in werking is getreden en dat tweeëneenhalf jaar later duidelijke resultaten (effecten) naar verwachting (nog) beperkt zijn. Om effecten te achterhalen dient een groot aantal partijen bevraagd te worden, die ieder een eigen interpretatie van de uitkomsten van het beleid hebben (paragraaf 1.4.3).
In het onderhavige onderzoek is gekozen voor het doen van onderbouwde uitspraken over het effect van de wet. Dit gebeurt aan de hand van verschillende en elkaar aanvullende onderzoeksmethoden bij verschillende actoren (‘onderzoekstriangulatie’, paragraaf 1.4.4).
Evaluatieonderzoek krijgt zo meer het karakter van bewijsvoering: ‘beyond reasonable doubt’ en is gebaseerd op meerdere deelmethodieken.

1.4.2 Operationalisering van de onderzoeksvragen

Zoals gezegd zijn in de vorige paragraaf normstellingen geformuleerd op de terreinen van aanstellingskeuringen en verzekeringskeuringen. Ook zijn voor beide terreinen centrale onderzoeksvragen geformuleerd die binnen de gegeven randvoorwaarden geheel of gedeeltelijk zijn te beantwoorden.

Deze zijn in het kort:
Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten?
Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de sollicitant en aspirant verzekerde geregeld en hoe pakken die in de praktijk uit?
Centrale onderzoeksvraag 3: Hoe heeft het concept van zelfregulering bijgedragen aan de realisatie van doelstelling van de Wet?

De eerste centrale onderzoeksvraag omvat vragen naar normstellingen in de wet, de min of meer kwantificeerbare doelstellingen en naar de effecten en resultaten van de WMK. Bij de tweede vraag gaat het meer om vragen naar procesmatige of uitvoerings-

componenten. Bij de derde onderzoeksvraag gaat het om de mate waarin zelf-regulering tot stand is gekomen en of dit heeft bijgedragen aan dichter bij brengen van de doelstellingen van de WMK.
In het navolgende schema 1.2 zijn de centrale onderzoeksvragen, de normstellingen in de wet en de daar uit voortvloeiende deelvragen overzichtelijk samengevat.

Schema 1.2 Centrale onderzoeksvragen, normstellingen en onderzoeksvragen bij aanstellings- en verzekeringskeuringen

Centrale onderzoeksvragen	**Aanstellingskeuringen** **Normstellingen en onderzoeksvragen**	**Verzekeringskeuringen** **Normstellingen en onderzoeksvragen**
Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten? Welke effecten worden(en werden) beoogd? Welke (mogelijke) neveneffecten zijn door de diverse partijen benoemd Wat zijn in de praktijk de effecten? Welke neveneffecten doen zich in de praktijk voor (benoemde en onbenoemde)?	*De norm: inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuringen* 1. Daalt het aantal aanstellingskeuringen? 2. Blijven in sollicitatiegesprekken vragen naar gezondheid uit? 3. Ontstaan er andere vormen van risicomijdend gedrag? 4. Doen zich overige benoemde (neven)effecten voor?. *De norm: beperking ten aanzien van de inhoud van keuringen* 5. Worden er geen vragen gesteld of onderzoeken verricht naar zaken die een onevenredige inbreuk maken in de persoonlijke levenssfeer? *De norm: versterking van de rechten van de keurling* 6. Weet de keurling wat zijn rechten zijn en kan hij/zij ze effectueren.? 7. Wordt het recht op herkeuring (mis)bruikt? *De norm: aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts* 8. Verbeterd de professionele zelfstandigheid van keuringsartsen?	**1. Pensioen en andere arbeidsgerelateerde keuringen:** *De norm: verbod op toelatingskeuringen bij arbeidsgerelateerde verzekeringen* 1.1 Wordt er niet langer gekeurd voor toelating tot een pensioenvoorziening of een aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekering? 1.2 Neemt het gebruik van machtigingen om medische informatie in te winnen toe of af als gevolg van het keuringsverbod? 1.3 Worden er geen/niet langer bedingen opgesteld tot uitsluiting of vermindering van rechten op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken? 1.4 Aangekondigd neveneffect: Verzekeraars gaan in reactie op het keuringsverbod toelatingsdrempels hanteren, zoals carenztijden en/of uitsluitingen? 1.5 Overige benoemde neveneffecten: - worden van gezondheidsverzekeringen duurder; - verschraalt het aanbod aan verzekeringsproducten; - wordt het te verzekeren inkomen gemaximeerd; - zien aspirant-verzekerden af van keuring (en dus verzekering)? **2. Particuliere verzekeringskeuringen**: *De norm: doelgerichtheid; verbod op het stellen van overbodige vragen bij de toelatingskeuring tot een particuliere gezondheidsrisicoverzekering* 2.1 Vinden verzekeringskeuringen doelgericht plaats, zonder overbodige vragen of onderzoeken? 2.2 Vindt er geen overbodige medische informatie-inwinning plaats? Worden machtigingen ter verkrijging van medische informatie beperkt geformuleerd en alleen gebruikt wanneer dit strikt nodig is? *De norm: proportionaliteit; de regelstelling van artikel 3 juncto artikelen 5 en 6* 2.3 Wordt de proportionaliteitsnorm van artikel 3 nageleefd? Worden HIV-code en moratorium erfelijkheid nageleefd? 2.4 Neemt de zelfselectie door aspirant-verzekerden toe of af?

Centrale onderzoeksvragen	**Aanstellingskeuringen** **Normstellingen en onderzoeksvragen**	**Verzekeringskeuringen** **Normstellingen en onderzoeksvragen**
Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving en versterking van de rechtspositie van de sollicitant en aspirant verzekerde geregeld en hoe pakt dit in de praktijk uit? Hoe is de afstemming met andere wetten en andere rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de recente socialeverzekeringsregelingen zoals TBA, WULBZ, en PEMBA en REA? Wat voor consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk?	*Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen geregeld en in de praktijk*: Bewaren keurende artsen de medische dossiers die aangelegd worden ten behoeve van een aanstellingskeuring? Vragen keurende artsen toestemming aan de keurling om aanvullende gegevens op te mogen vragen? Verhindert de WMK het vaststellen door de werkgever of een sollicitant arbeidsgehandicapt is, zodat werkgevers subsidiemogelijkheden van REA mislopen? Melden sollicitanten spontaan iets over hun gezondheid (mededelingsplicht)?	*Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen geregeld en in de praktijk:* Is er afstemming met: - Europese wetgeving; - Privacy versus meldplicht; - Nondiscriminatie wetgeving? Wat is de relatie van het keuringsverbod uit de WMK met de privatiserings- en dus fragmentariseringstendens van sociale-verzekeringsarrangementen als gevolg van de wetten TBA, WULBZ en PEMBA (WAO-gat, ANW-hiaat etc.)? Wat is daarbij de invloed op de arbeidsmobiliteit? Hoe verhoudt zich de norm van het niet-vertellen uit de WMK met de algemene mededelingsplicht uit het verzekeringsrecht?
Op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet? Op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats? Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechtspositie van de sollicitant of behoeft deze verbetering?	*Met betrekking tot handhaving en verbetering rechtspositie in de praktijk:* Zijn er voor werkgevers richtlijnen voor sollicitatieprocedures opgesteld die conform de WMK zijn? Zijn er voor keurende artsen richtlijnen voor aanstellingskeuringen opgesteld die conform de WMK zijn? Vinden er op bedrijfssectorniveau activiteiten plaats waarbij nadere invulling wordt gegeven aan de WMK? Worden de richtlijnen genoemd bij de vragen 1 en 2 toegepast en zijn ze eenduidig? Vindt er overleg plaats met werknemers en arbodiensten aangaande de WMK?	*Met betrekking tot handhaving en verbetering rechtspositie in de praktijk:* Hoe begrijpelijk zijn de gegeven rechten en plichten en hoe goed vallen zij aan degenen die hen aangaan uit te leggen? Art. 2 doelgerichtheidsnorm Art. 3 proportionaliteitsnorm Art. 4 verbod op keuringen Art. 5 keuringsverbod op erfelijkheid Art. 6 keuringsverbod op HIV Welke inspanningen getroosten de uitvoerders van de regelingen zich om de normen kenbaar te *maken*? Art. 3 informatieplicht Art. 11 & 12 weigering medewerking/herkeuring

Centrale onderzoeksvragen	**Aanstellingskeuringen** **Normstellingen en onderzoeksvragen**	**Verzekeringskeuringen** **Normstellingen en onderzoeksvragen**
	Hebben werkgevers en arbodiensten een meldpunt voor klachten over een sollicitatieprocedure, respectievelijk een aanstellingskeuring? Hebben sollicitanten/keurlingen klachten over de sollicitatieprocedure/ aanstellingskeuring?	
Centrale onderzoeksvraag 3: Hoe heeft het concept van zelfregulering bijgedragen aan de realisatie van doelstelling van de Wet? Op welke wijze hebben representatieve organisaties van werkgevers, verzekeraars, werknemers, consumenten en patiënten en artsen de hun opgedragen taken ten aanzien van de zelfregulering uitgevoerd en met welke resultaten? In welke mate voldoen protocollen, convenanten en andere afspraken gemaakt in het kader van de zelfregulering aan de doelstellingen van de wet?	Zijn er door partijen afspraken gemaakt over bovengenoemde zaken. Zijn er afspraken over: Het doel van de keuring; Voor welke functies aanstellingskeuringen worden verricht; Over de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3 en 8; Worden deze afspraken onderschreven door *alle* representatieve organisaties?	Zijn er door partijen afspraken gemaakt over bovengenoemde zaken? Is de verstrekte opdracht tot zelfregulering opgepakt? Zo nee, wat is daarvan de oorzaak? Kan hier verbetering in worden gebracht?

1.4.3 Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten?

Voor de beantwoording van de eerste centrale onderzoeksvraag naar effecten van de WMK zijn uitgaande van de normstellingen in de wet (paragraaf 1.3), een groot aantal beoogde en niet-beoogde effecten van de WMK geformuleerd. In het evaluatieonderzoek is voorzover mogelijk nagegaan of deze effecten zich volgens de actoren voordoen. Hieronder worden de normstellingen en de te meten effecten die betrekking hebben op de eerste onderzoeksvraag samengevat voor respectievelijk aanstellingskeuringen en verzekeringskeuringen.

1.4.3.1 Aanstellingskeuringen

De norm: inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuringen

Beoogd effect (1): Het aantal aanstellingskeuringen daalt
Het centraal stellen van het doelvereiste betekent dat aanstellingskeuringen alleen nog zijn toegestaan wanneer aan de vervulling van de functie bijzondere eisen van medische geschiktheid worden gesteld. Ervan uitgaand dat dit voorheen anders was, zou een adequate naleving moeten resulteren in een afname van het aantal aanstellingskeuringen.

Beoogd effect (2): In sollicitatiegesprekken blijven vragen naar gezondheid uit
Relevant in dit verband is dat het begrip 'keuring' dermate ruim omschreven is, dat daaronder ook vragen naar iemands gezondheid in de context van een sollicitatie begrepen zijn. Tevens is er een verbod op het stellen van dit soort vragen tijdens een sollicitatiegesprek. (In de Eerste Kamer is met enige scepsis op dit aspect van de regeling gereageerd. In de visie van de hier aan het woord zijnde leden moest van een dergelijk verbod niet veel verwacht worden, ten eerste omdat de gewenste informatie al in een eerder stadium van de sollicitatie vergaard zal zijn, ten tweede omdat een verbod daarop moeilijk te controleren is.[58])
Bij het vaststellen van een overtreding van dit verbod dient overigens meegenomen te worden in welke mate de werkgever bekend is met dit aspect van de regeling.

Niet-bedoeld neveneffect (3): Er ontstaan andere vormen van risicomijdend gedrag
In termen van neveneffecten rijst vervolgens de vraag of, als gevolg van een hierdoor ontstane informatie-asymmetrie – de sollicitant weet iets wat zijn werkgever niet mag vragen – dan wel de vrees daarvoor, iets verandert in het aanstellingsbeleid van bedrijven. In welke mate leidt de naleving van het verbod op aanstellingskeuringen tot (andere) vormen van risicomijdend gedrag en zo ja, welke? Dit type vragen behelst enerzijds de naleving (doen bedrijven wat ze moeten doen), anderzijds de eventuele - bij de Kamerbehandeling als ongewenst benoemde - neveneffecten.

Overige benoemde (neven)effecten (4)
Daarnaast zijn in de loop van de parlementaire behandeling enige verwachtingen uitgesproken over gevolgen van de gegeven inperking van de mogelijkheid tot aanstellingskeuren. Niet alle zijn te benoemen als kwantificeerbare 'effecten' en evenmin zijn alle door gericht onderzoek te meten. Wel zijn de gemaakte opmerkingen illustratief voor hetgeen de politiek kennelijk van de wet verwacht. Om die reden geven wij hier op deze plaats een overzicht.

---

58 Kamerstukken I 1996/97, 23259, nr. 91c (memorie van antwoord).

Genoemd zijn:
- het tegengaan van een tweedeling in de samenleving op grond van gezondheidstoestand of aanleg voor ziekte;[59]
- het wegnemen van de negatieve effecten van de privatisering van de Ziektewet;[60]
- het tegengaan van selectie aan de poort;[61]
- meer kans op werk voor WAO-ers of voormalig WAO-ers (die door herkeuring de uitkering zijn kwijtgeraakt);[62]
- een eerlijker kans op werk voor chronisch zieken.[63]

De norm: beperking ten aanzien van de inhoud van keuringen

Beoogd effect (5): In de context van aanstellingen worden geen vragen gesteld of onderzoeken verricht naar zaken die een onevenredige inbreuk maken in de persoonlijke levenssfeer.
De norm ten aanzien van vragen en onderzoeken die een onevenredige inbreuk in de persoonlijke levenssfeer van de keurling betekenen, is in de context van verzekeringskeuringen vermoedelijk gewichtiger dan voor aanstellingskeuringen. Het doelvereiste voor aanstellingskeuringen ziet er immers al op toe dat niet lichtvaardig tot keuren wordt overgegaan. Niettemin is denkbaar dat medisch onderzoek in de context van een nog wel toelaatbare aanstellingskeuring informatie oplevert, die wanneer zij bij betrokkene bekend wordt, diep (te diep) in zijn persoonlijke levenssfeer ingrijpt. Voor deze situaties dient door middel van zelfregulering te worden voorzien.
Relevante vraag in deze is, of binnen de branche stappen zijn ondernomen, en zo ja welke, om deze norm in de context van aanstellingskeuringen effectief te doen zijn.

De norm: versterking van de rechten van de keurling

Beoogd effect (6): De keurling weet wat zijn rechten zijn en kan ze effectueren.
Dit effect zal afhankelijk zijn van de naleving van regels. Ten eerste is beoogd dat na inwerkintreding van de wet stappen worden gezet die bewerken dat deze rechten voor de beoogde keurling ook gaan leven. Wordt hij/zij dienaangaande voldoende geïnformeerd en is er een klachtenprocedure ontwikkeld voor het geval dat klachten voorkomen? Indien hieraan is voldaan wordt relevant of en in welke mate deze rechten ook door de betrokkenen geëffectueerd kunnen worden.

Niet-bedoeld (neven)effect (7): Het recht op herkeuring kan worden misbruikt.
In de politieke discussie is een mogelijk negatief effect van het recht op herkeuring genoemd, namelijk een hausse aan aanvragen om herkeuring door degenen die zijn afgekeurd.[64] De minister meende overigens dat het hiermee zo'n vaart niet zou lopen omdat dit in de publieke sector, waar zo'n recht al langer bestaat, evenmin is gebeurd. Veel zal afhangen van de vraag of de bedrijfsarts zijn vak verstaat, aldus de bewindsman, en derhalve de keurling adequaat voorlicht en goed met hem communiceert.

---

59 Kamerstukken II 1993/94, 23259, nr. 13 (nota n.a.v. het verslag)

60 Id.

61 Kamerstukken II 1993/94, 23259, nr. 17 (nota n.a.v. het nader verslag)

62 Id.

63 Id. Dit mogelijke effect werd genoemd in reactie op een vanuit de Kamer geponeerde stelling dat de doelgroep van deze regeling, chronisch zieken en mensen met een (zichtbare) handicap, de eerste sollicitatieronden niet eens bereikt.

64 Kamerstukken II 1993/94, 23 259, nr. 13.

De norm: aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts

Beoogd effect: De professionele zelfstandigheid van keuringsartsen zal verbeteren.
Het ligt in de bedoeling dat de arts een zekere mate van onafhankelijkheid verwerft en behoudt ten opzichte van de werkgever die aan de arbodienst verzoekt om een keuring. Daarbij dient de arts zich onder meer te houden aan de geheimhoudingsplicht en zich te beperken in wat hij de keuringsvrager meedeelt. Hiertoe zullen ook kaders of richtlijnen geschapen moeten worden door de arbodiensten.

1.4.3.2 Verzekeringskeuringen

Voor de beantwoording van de eerste centrale onderzoeksvraag zijn, uitgaande van de normstellingen van de wet, enige beoogde en niet-beoogde effecten van de wet geformuleerd. Hierbij is een scheiding aangebracht in de effecten van het keuringsverbod (voor arbeidsgerelateerde verzekeringen), (1) en van de regels die gelden op het moment dat wel gekeurd mag worden, derhalve voor alle andere verzekeringen met een gezondheidscomponent (2).

De norm: verbod op toelatingskeuringen bij arbeidsgerelateerde verzekeringen

Beoogd effect (1.1): er wordt niet langer gekeurd voor toelating tot een pensioenvoorziening of een aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekering
Toelichting: vergelijkingen met de situatie zoals deze voor de inwerkingtreding van de wet was, is niet mogelijk. Gezien de absolute normstelling van artikel 4 is dit ook niet nodig: het onderzoek dient uitsluitsel te geven over de vraag of en in hoeverre in de eerste jaren na inwerkingtreding van de wet op toelating is gekeurd.

Verwacht effect (1.2): het gebruik van machtigingen om medische informatie in te winnen neemt als gevolg van het keuringsverbod toe
Toelichting: Dit effect beslaat twee onderdelen, een beoogd en een verwacht effect:
- beoogd is de naleving van het keuringsverbod door af te zien van het gebruik van machtigingen bij aanvang van de verzekering
- verwacht is een toename van het gebruik van machtigingen na intreden van het risico.

Beoogd effect (1.3): er worden niet langer bedingen opgesteld tot uitsluiting of vermindering van rechten op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken
Toelichting: dit - beoogde - effect ziet op de naleving van het verbod op uitsluiting in artikel 4 lid 6 WMK. De te beantwoorden vraag luidt of in met name werkgevers-contracten algemeen gestelde bedingen ter uitsluiting of vermindering van rechten zijn uitgebleven.

Aangekondigd neveneffect (1.4): Verzekeraars gaan in reactie op het keuringsverbod toelatingsdrempels hanteren, zoals carenztijden[65] *en/of uitsluitingen*
Opnieuw betreft dit een vooraf aangekondigd effect en wel één, dat zich naar eerder onderzoek heeft uitgewezen, ook meteen na de inwerkingtreding van de wet heeft voorgedaan. Het onderzoek dient uitsluitsel te geven over de vraag of hierin, drie jaar na dato, wijziging is gekomen.

---

65 Een carenztijd (ook wel wachttijd) is een eerste periode waarin de in de polis genoemde risico's nog niet of niet volledig verzekerd zijn. De verzekeringsovereenkomst is gestart, de premie wordt betaald, maar het intreden van het risico geeft nog niet per se recht op uitkering. De carenztijd kan absoluut zijn, in de zin dat geen enkel voorval verzekerd is, of beperkt (bepaalde zaken niet).

Overige benoemde neveneffecten (1.5)
Onder deze noemer wordt onderzocht of bepaalde aan de wet toegeschreven gedragsreacties of effecten zich daadwerkelijk hebben voorgedaan. Het betreft de volgende aspecten:

- het duurder worden van gezondheidsverzekeringen;
- de verschraling van het aanbod aan verzekeringsproducten;
- de maximering van het te verzekeren inkomen;
- het afzien door aspirant-verzekerden van keuring (en dus verzekering?).

Toelichting:
Van deze vier effecten zijn de eerste drie benoemd als een logisch, of mogelijk uit het keuringsverbod voortvloeiend neveneffect. De premies zullen omhoog gaan (omdat meer solidariteit met slechte risico's wordt gevraagd); bepaalde verzekeringsproducten zullen als gevolg van het keuringsverbod (voor verzekeraars) onaantrekkelijk worden en dus uit de markt gehaald worden en verzekeraars zullen het voor deze polissen te verzekeren inkomen willen maximeren: tot het maximumdagloon of – indien de betrokkene veel meer dan dat verdient - tot een zeker percentage van het eigen verdiende loon. De te beantwoorden vraag luidt of dit ook is gebeurd. De vierde veronderstelling doelt op de situatie dat een verzekeraar, ondanks het verbod, toch aandringt op een keuring – een medisch onderzoek of het invullen van een vragenformulier - en de aspirant-werknemer vervolgens besluit de eer aan zichzelf te houden en van keuring en dus van verzekering af te ziet.

De norm: doelgerichtheid; verbod op het stellen van overbodige vragen bij de toelatingskeuring tot een particuliere gezondheidsrisicoverzekering

Beoogd effect (2.1): Verzekeringskeuringen vinden doelgericht plaats, zonder overbodige vragen of onderzoeken
Dit effect ziet op de naleving door *verzekeraars* van artikel 2 WMK. In de context van dit onderzoek is de vraag beperkt tot het stellen van gezondheidsvragen, derhalve de inrichting van het medische vragenformulier.

Beoogd effect (2.2): Er vindt geen overbodige medische informatieinwinning plaats. In dit verband worden machtigingen ter verkrijging van medische informatie beperkt geformuleerd en alleen gebruikt wanneer dit strikt nodig is
Dit effect ziet op de naleving van artikel 2 WMK door *verzekeringsartsen*. De doelgerichtheidsnorm van artikel 2 WMK schrijft voor dat een machtiging ter inwinning van gezondheidsgegevens alleen wordt gevraagd en gebruikt, wanneer dit strikt nodig is en dat deze niet onnodig ruim wordt gesteld.

De norm: proportionaliteit; de regelstelling van artikel 3 juncto artikelen 5 en 6

Beoogd effect (2.3): De proportionaliteitsnorm van artikel 3 wordt nageleefd. In het bijzonder worden HIV-code en moratorium erfelijkheid nageleefd
Dit effect bestaat uit drie elementen: de correcte naleving van de artikelen 5 (HIV-code) en 6 (moratorium erfelijkheid) WMK en, voor zover nog niet gedekt door het voorgaande, de incorporatie in de beleidvoering van de proportionaliteitsnorm van artikel 3 WMK. Behalve op de vraag of de beide redelijk concrete normen van artikel 5 en 6 worden nageleefd, gaat het bij dit beoogde effect derhalve ook om de vraag of de

normstelling van artikel 3 nog tot (andere) beleidsaanpassingen heeft geleid en zo ja welke.

Aangekondigd neveneffect (2.4): de zelfselectie door aspirant-verzekerden neemt toe
Dit effect is door verzekeraars vooral in de context van de beperking van het vraagrecht genoemd. Het met de wet geïntroduceerde 'zwijgrecht' zou tot gevolg hebben dat mensen zich bewust, of bewust tegen een hoger bedrag, gaan verzekeren voor risico's waarvan zij de verhoogde kans op uitval rechtens niet meer behoeven te melden. De te beantwoorden vraag luidt of een dergelijk – waarneembaar – effect zich heeft voorgedaan.

1.4.4 Centrale onderzoeksvraag 2: Afstemming, handhaving en de WMK als instrument voor rechtspositieversterking

1.4.4.1 Aanstellingskeuringen

Over de afstemming met andere wetten en rechtsnormen en handhaving van de wet en versterking van de rechtspositie zijn de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Met betrekking tot afstemming met andere wetten en normen:
1. Bewaren keurende artsen de medische dossiers die aangelegd worden ten behoeve van een aanstellingskeuring?
2. Vragen keurende artsen toestemming aan de keurling om aanvullende gegevens op te mogen vragen?
3. Verhindert de WMK het vaststellen door de werkgever of een sollicitant arbeidsgehandicapt is, zodat werkgevers subsidiemogelijkheden van REA mislopen?
4. Melden sollicitanten spontaan iets over hun gezondheid (mededelingsplicht)?

Met betrekking tot handhaving en verbetering rechtspositie:
1. Zijn er voor werkgevers richtlijnen voor sollicitatieprocedures opgesteld die conform de WMK zijn?
2. Zijn er voor keurende artsen richtlijnen voor aanstellingskeuringen opgesteld die conform de WMK zijn?
3. Vinden er op bedrijfssectorniveau activiteiten plaats waarbij nadere invulling wordt gegeven aan de WMK?
4. Worden de richtlijnen genoemd bij de vragen 1 en 2 toegepast en zijn ze eenduidig?
5. Vindt er overleg plaats met werknemers en arbodiensten aangaande de WMK?
6. Hebben werkgevers en arbodiensten een meldpunt voor klachten over een sollicitatieprocedure, respectievelijk een aanstellingskeuring?
7. Hebben sollicitanten/keurlingen klachten over de sollicitatieprocedure/ aanstellingskeuring?

1.4.4.2 Verzekeringskeuringen

Afstemming
Over de kwestie van de afstemming met andere wetten en rechtsnormen zijn verschillende onderzoeksvragen geformuleerd. Hierop wordt in het slothoofdstuk 4 teruggekomen. Hierbij gaat het kort gezegd om twee kwesties:
- De relatie van het keuringsverbod uit de WMK met de privatiserings- en dus fragmentariseringstendens van sociale-verzekeringsarrangementen als gevolg van de wetten TBA, WULBZ en PEMBA.

- De verhouding van de norm van het niet-vertellen uit de WMK met de algemene mededelingsplicht uit het verzekeringsrecht.

handhaving/rechtspositieversterking
Onder de noemer 'handhaving' gaat het om zowel de juridische als de feitelijke mogelijkheden voor aspirant-verzekerden om de met de WMK gegeven rechten ten uitvoer gelegd te krijgen. Een eerste noodzakelijke voorwaarde daartoe is de *kenbaarheid* van de gestelde normen en ook dat aspect zal derhalve bij de beantwoording van deze vraag worden betrokken. Hoe begrijpelijk zijn de gegeven rechten en plichten en hoe goed vallen zij aan degenen die hen aangaan uit te leggen? Welke inspanningen getroosten de uitvoerders van de regelingen zich om de normen kenbaar te *maken*?[66]

1.4.5 Centrale onderzoeksvraag 3: de zelfregulering

Ten slotte is in dit kader het onderdeel de tenuitvoerlegging van de artikelen 9 juncto 13 WMK (zelfregulering) van belang. In het juridisch-beschrijvende deel is aan de orde geweest dat de wet geen eigen handhavingsinstrumentarium kent en dat de wetgever van 'het veld' verwacht dat zij de vooralsnog open regelstelling met eigen, meer gedetailleerde regels zal invullen. Het vraagstuk van zowel de handhaving als, in het kielzog daarvan, de rechtspositieversterking is daarmee nauw verbonden met de wijze waarop de opdracht tot zelfregulering is of zal worden opgepakt. Anders gezegd gaat het hier om de vraag of het aan de wet ten grondslag gelegde concept van *geconditioneerde* zelfregulering - waarin de overheid de piketpaaltjes uitzet en de belanghebbende organisaties met enige nadruk uitnodigt een eigen bijdrage aan dit proces van regelgeving te leveren - werkt, heeft gewerkt of naar verwachting zal werken. Aangezien bij de start van het onderzoek al bekend was dat dit proces bepaald niet vlot verloopt, zullen in dit rapport drie vragen aan de orde worden gesteld:
- of de verstrekte opdracht tot zelfregulering sedert deze vaststelling is opgepakt;
- zo nee, wat daarvan de oorzaak of oorzaken zijn geweest;
- of en zo ja hoe hierin verbetering kan worden gebracht.

Pas wanneer het antwoord op de bovengestelde vragen is gevonden, kan de in deze waarschijnlijk belangrijkste vraag worden beantwoord, te weten of de WMK in opzet en uitwerking ‘geslaagd’ is geweest, in de zin dat deze een bijdrage levert (heeft geleverd) aan de versterking van de rechtspositie van degene die het aangaat: de aspirant-verzekerde al dan niet in een positie als keurling.

Wat betreft de taakstelling tot zelfregulering dienen er afspraken gemaakt te worden tussen alle betrokken actoren over opengelaten normen en begrippen die betrekking op:
- het doel van de keuring;
- voor welke functies aanstellingskeuringen worden verricht;
- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8.

De conditie die de WMK aan de zelfregulering stelt is dat deze afspraken worden onderschreven door *alle* betrokken representatieve organisaties.

---

66 De vraag hoe goed zij hierin slagen, derhalve in hoeverre de gestelde normen door de direct belanghebbenden ook daadwerkelijk gekend worden, wordt niet in de vraagstelling betrokken. Zoals gezegd is er geen consumentenonderzoek onder (aspirant-) verzekerden uitgevoerd, zodat uitspraken over dit onderwerp niet meer kunnen zijn dan speculatief.

1.4.6 Conceptueel kader: invulling van vrije ruimte en uitvoering

Hoewel de WMK het keuringenbeleid van bedrijven, arbodiensten, pensioenfondsen en verzekeraars wettelijk grondvest, is er veel vrije ruimte om dit beleid nader in te kleuren. De WMK biedt een kader; de wetgever heeft geen blauwdruk neergelegd hoe de wet uitgevoerd moet worden, maar aan de betrokken partijen de opdracht gegeven om zelf de algemene bepalingen/normen in de praktijk verder in te vullen en uit te voeren.
Behalve de overheid in de hoedanigheid van de Ministeries van SZW en VWS, zijn de belangrijkste bij de invulling betrokken organisaties:

- representatieve organisaties van werkgevers;
- representatieve organisaties van pensioenfondsen en verzekeraars;
- representatieve organisaties van werknemers, (arbeids-)gehandicapten en chronisch zieken;
- representatieve organisaties van artsen (met name bedrijfsartsen en verzekeringsartsen);
- arbodiensten.

Onderzoek moet inzicht geven in óf en hoe de verantwoordelijken de vrije ruimte invullen, afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, over het verrichten van keuringen en over de vragen en medische onderzoeken. Daarbij dient onderzocht te worden of zij zich aan gemaakte afspraken houden en de wet 'uitvoeren'. Het door de onderzoekers ontwikkelde onderzoeksplan sluit aan bij het concept van de netwerktheorie, dat inzicht geeft in beleidsprocessen en dat ruime aandacht geeft aan de activiteiten en onderlinge relaties. Alvorens de verschillende deelonderzoeken onder partijen te noemen, wordt eerst deze theorie kort geschetst.

1.4.6.1 Beoordeling van beleidsuitkomsten

De effecten van beleid worden in sterke mate bepaald door het verloop van de beleidsuitvoering[67], dat ook wel het beleidsproces wordt genoemd. Voor de beoordeling van de beleidsuitvoering worden verschillende theoretische invalshoeken en maatstaven gebruikt.
Bij de 'top-down invalshoek' worden maatstaven van de beleidsbepalers gebruikt. In de 'bottom-up-benadering' krijgen beleidsuitvoerende instanties zelf de mogelijkheid om vorm te geven aan het beleid.
De beleidsuitkomsten worden dan ook beoordeeld vanuit de criteria van de betrokken instanties en niet alleen die van de overheid/beleidsbepaler.[68]
Een combinatie van deze twee invalshoeken komt samen in de *netwerktheorie*. Binnen, door de beleidsbepalende instantie, vastgestelde kaders krijgen de beleidsuitvoerende organisaties zelf de mogelijkheid om verder vorm te geven aan het beleid. De beleidsuitkomsten worden enerzijds beoordeeld op het bereiken van de doelen van de beleidsbepalers en anderzijds op de doelen van de afzonderlijke betrokken organisaties. De netwerktheorie ligt ten grondslag aan het onderhavige onderzoeksplan.

De WMK is niet de eerste wet die is gebaseerd op de veronderstelling dat door de coördinatie of samenwerking van de betrokken partijen een breder draagvlak ontstaat

---

67 Hoogerwerf, A. en M. Herweijer, 1998, p. 110

68 Hoogerwerf, A. en M. Herweijer, 1998, p. 111

voor het overheidsbeleid. Bij het opstellen van arbo-convenanten is dit bijvoorbeeld een veelbelovende methode gebleken. Beleidsterreinen zijn steeds complexer geworden waardoor meer actoren op grond van hun functie, expertise of vermeende belangen betrokken worden, of betrokkenheid claimen, bij de oplossing van besturingsvraagstukken.[69] Daarnaast wordt het beleid meteen getoetst door de betrokken organisaties op de technische haalbaarheid en legitimiteit. Samenwerking kan er toe leiden dat er meer bronnen (geld, macht, menskracht en informatie) vrijkomen voor uitvoering van het beleid. De samenwerking of het netwerk is dan een organisatorische constructie waarbij individuen, groepen en organisaties overgaan tot (vrijwillig of door de overheid opgelegde) samenwerking om complexe beleidsproblemen op te lossen of om elkaar te ondersteunen bij de uitvoering van een beleidsprogramma. Er wordt een 'vaste en duurzame relatie aangegaan met andere organisaties om een bepaald doel te bereiken zonder dat de organisaties al teveel van hun autonomie hoeven in te leveren'.[70] Van Gils[71] omschrijft een netwerk als 'een cluster van interdependente [onderling afhankelijke] organisaties die zich op enigerlei wijze (moeten) bundelen om als collectiviteit een bepaald doel te bereiken'. De veronderstelde behoefte aan coördinatie is echter geen objectief gegeven en de betrokken organisaties kunnen heel verschillend aankijken tegen de noodzaak of wenselijkheid van samenwerking en coördinatie. Wanneer één van de actoren de noodzaak of wenselijkheid niet onderschrijft dan is de informatievoorziening binnen netwerken en naar buiten toe gebrekkig. De informatie vanuit netwerken is gefragmenteerd en vaak tegengesteld, omdat de partijen zelf anders tegen de zaken aankijken. In hiërarchische organisaties is de informatievoorziening 'top-down' geregeld en is informatie over effecten en processen veel minder met elkaar in tegenspraak. Bij netwerken is vaker sprake van meerdere waarheden. De autonomie veronderstelt tevens dat de organisaties andere criteria hanteren voor de beoordeling van de effectiviteit van het uitgevoerde beleid.

1.4.6.2 De beoordeling van de WMK door diverse betrokkenen (actoren)

Vanuit bovengenoemd conceptueel kader is voor het WMK-evaluatieonderzoek een aantal essentiële uitgangspunten te formuleren. Deze zijn:

- Het gaat altijd om beleid waarin meerdere actoren opereren met elk hun eigen doelen die strijdig kunnen zijn;
- In het geval van de WMK worden de actoren geacht op een aantal punten tot overeenstemming te komen, samen te werken, informatie uit te wisselen;
- Hoewel de WMK indirect een verbod (op zinloos keuren) inhoudt, zijn er (nog) geen sancties bij overtreding;
- De waardering van effecten is in de tijd aan verandering onderhevig;
- De verschillende actoren hanteren verschillende criteria voor evaluatie;
- Knelpuntenanalyse, oplossingsstrategieën en samenwerkingsverbanden van de verschillende actoren geven belangrijke aanwijzingen voor de effectiviteit van de regelgeving.

Zoals in paragraaf 1.3.5 al is aangegeven, moet tevens worden bedacht dat er nog andere wetten van kracht zijn rondom de positie van de keurling, zoals onder meer REA, de wettelijke regeling van de behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet persoonsregistratie (WPR), de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) etc.. Het belang van en de relatie met de WMK kan door verschillende partijen

---

69 J.A. de Bruijn, W.J.M. Kickert en J.F.M. Koppenjan, 1993, p. 11

70 Godfroij in: Bunt en Nijkerk, 1989, p.2

71 Van Gils in: Mast en Ten Brummeler, 1994, p. 7

anders geïnterpreteerd worden. Vanwege de genoemde uitgangspunten ligt het verrichten en combineren van meerdere deelonderzoeken voor de hand, de zogenaamde onderzoekstriangulatie.

1.4.7 Onderzoeksmethode: vragen aan actoren

Indachtig het doel van de WMK dient het empirische onderzoek inzicht te geven in de effecten van deze wet in de praktijk en in de mate waarin de wetsbepalingen worden nageleefd. Uitgangspunt hierbij is de vraagstelling in de programmatekst 'Programma Evaluatie regelgeving Wet op de medische keuringen'.[72] Hierna is kort aangegeven welke onderzoeksmethoden bij de verschillende deelonderzoeken zijn gebruikt en welke partijen daarbij zijn betrokken. De onderzoeksmethoden gebruikt bij het onderdeel aanstellingskeuringen en het onderdeel verzekeringskeuringen worden meer uitvoerig genoemd in respectievelijk hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3.

De actoren die in het onderzoek steeds onderscheiden worden, zijn: de keurling, de werkgever, pensioenfondsen en verzekeraars, de bedrijfsarts en de representatieve organisaties van deze partijen (ondermeer vakbonden en Breed Platvorm Verzekerden & Werk, werkgeversorganisaties, Arbodiensten, Verbond van Verzekeraars en de NVAB (Schuld e.a., 1999). Uitgangspunt is dat het niet nodig is om bij de beantwoording van iedere subvraag alle partijen te raadplegen.

Kader: De diverse onderzoeksmethoden

Het onderzoek naar aanstellingskeuringen en gebruikte onderzoeksmethoden:

1. een evaluatie van de wettekst;
2. bestudering van wettechnische en onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten;
3. telefonische interviews met 1.000 werkgevers;
4. een schriftelijke enquête verzonden aan 1.800 bedrijfsartsen;
5. een tiental gesprekken met vertegenwoordigers van betrokken organisaties (vertegenwoordigers van bedrijfsartsen, van arbodiensten, van werkgevers, van werknemers, van chronisch zieken en gehandicapten en mensen betrokken bij de wetvoorbereiding);
6. een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van partijen.

Het onderzoek naar de pensioen- en verzekeringskeuring en de onderzoeksmethoden:

- een evaluatie van de wettekst;
- bestudering van wetstechnische en onderzoeksliteratuur, beleids- en werkdocumenten;
- telefonische interviews met enkele pensioenfondsen;
- een schriftelijke enquête verzonden aan 90 bedrijfstakpensioenfondsen;
- ongeveer twintig gesprekken met deskundigen en vertegenwoordigers van betrokken instanties (verzekeraars, brancheorganisaties van verzekeraars en van pensioenfondsen, medewerkers van de Ombudsman Schade en Leven, vertegenwoordigers van belangenorganisaties: van werkgevers, werknemers, en van verzekerden.)
- een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van alle partijen.

1.4.7.1 Aanstellingskeuringen

Informatie van werkgeverszijde: telefonische enquête

De vragen over de WMK zoals gesteld in de werkgeversenquête van het Ctsv uitgevoerd in 1998 en in 1999, zijn in het onderhavige onderzoek opnieuw gesteld aan ruim 1.000 werkgevers. Hierdoor is het mogelijk een trend aan te geven, hetgeen belangrijke informatie over een mogelijk effect oplevert. Verder is een aantal aanvullende vragen gesteld die inzicht geven in het aanstellingsbeleid van werkgevers

[72] De Programmatekst onderscheidt de terreinen van Aanstellingskeuringen, Verzekerings- en pensioenkeuringen (arbeidsgerelateerde verzekeringen en particuliere verzekeringen) en Zelfregulering. Op deze terreinen worden 38 specifieke vragen genoemd, waarvan 7 op het terrein van aanstellingskeuringen.

na invoering van de WMK. (Zie verder voor het enquêteonderzoek onder werkgevers, hoofdstuk 2, paragraaf 2.6.)

Informatie van de zijde van de keuringsartsen: postenquête
Ten behoeve van de gegevensverzameling onder arbodiensten en over de ervaringen van de bedrijfsartsen is een schriftelijke enquête verzonden aan ongeveer 1.800 leden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB). (Zie verder het vragenlijstonderzoek onder bedrijfsartsen, hoofdstuk 2, paragraaf 2.7.)

Informatie van de zijde van de sollicitanten: gesprekken
Om de onderzoeksvragen te beantwoorden aan de hand van de informatie van de keurlingen, zijn er gesprekken gevoerd met belangenorganisaties, waaronder het Breed Platform Verzekerden & Werk en werknemersorganisaties.

Informatie van alle actoren over keuringen, keuringsproces en samenwerking partijen: gesprekken en EBR
Behalve met vertegenwoordigers van sollicitanten zijn een tiental gesprekken gevoerd met bedrijfsartsen en personen die betrokken zijn geweest bij de implementatie van de WMK bij arbodiensten. Bevindingen zijn als aanvullende informatie opgenomen in hoofdstuk 2 (paragraaf 2.7.2). Verder is met een aantal vertegenwoordigers van arbodiensten gesproken over hun ervaringen met de WMK en de ARA (voor ARA, zie hoofdstuk 2, paragraaf 2.5). Ook zijn gesprekken gevoerd met werkgevers (organisaties) over hun ervaringen met de WMK. Genoemde partijen hebben deelgenomen aan een Electronic board room sessie (EBR). Tenslotte zijn bij enkele wetenschappelijke instellingen gegevens opgevraagd en is een literatuurstudie verricht. De resultaten van bovengenoemde kwalitatieve onderzoeksmethoden zijn vooral verwerkt in hoofdstuk 2, paragraaf 2.8 en 2.9.

1.4.7.2 Verzekeringskeuringen

Met de invoering van de Wet op de medische keuringen zijn twee verschillende normstellingen ten aanzien van verzekeringskeuringen van kracht geworden: een algeheel keuringsverbod voor aan een arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringen en een aantal vraag- en onderzoeksbeperkingen voor de particuliere arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeringen. Het onderzoek naar de vraag in hoeverre deze normen worden nageleefd en mogelijk tot andere, al dan niet wenselijke, effecten heeft geleid, ziet zowel op de aanbodzijde (pensioenfondsen en verzekeraars) als op de vraagzijde van de markt. Voor pensioenfondsen heeft de vraagstelling zich beperkt tot de naleving van het keuringsverbod van artikel 4. Voor verzekeraars zijn daarnaast ook de WMK-normen relevant op het moment dat wel gekeurd mag worden. De vraagstelling aan verzekeraars is daardoor omvattender dan die voor pensioenfondsen. Dit gegeven heeft meegespeeld bij de keuze voor de te gebruiken onderzoeksmethodieken.

Pensioenfondsen: eerste telefonische verkenning, gevolgd door een schriftelijke enquête
Een eerste telefoonronde onder de brancheorganisaties voor ondernemings- en bedrijfstakpensioenfondsen (Opf en VB), één groot ondernemingspensioenfonds en twee bedrijfstakfondsen leverde het beeld op dat bij pensioenfondsen 'geen keuringspraktijk bestaat'. De WMK werd in deze gesprekken gekenschetst als 'voor ons niet zo relevant'. Ter toetsing van deze vooronderstelling dat de WMK voor pensioenfondsen feitelijk geen betekenis heeft gehad, is een schriftelijke enquête uitgezet onder

alle (ongeveer 90) bedrijfstakpensioenfondsen naar de vraag in hoeverre men bij toelating keurt, informatie inwint dan wel om machtigingen vraagt. Ondernemingspensioenfondsen zijn hier – onder meer vanwege hun veel grotere aantal[73] - buiten gehouden. Het instrument van een schriftelijke enquête maakte het mogelijk álle bedrijfstakfondsen te benaderen, hetgeen - anders dan in de verzekeringsbranche - nog niet eerder is gebeurd. Om de kans op een adequate respons te verhogen van een branche die, naar ons werd meegedeeld, nogal enquête-moe is geworden, is het aantal vragen beperkt gehouden.[74]

Verzekeraars: meerdere onderzoeksmethoden

Aan alle bij het Verbond van Verzekeraars aangesloten maatschappijen is verzocht het aanvraagformulier en/of medische vragenformulier voor een verzekering met een gezondheidscomponent in te zenden. Ongeveer 30 verzekeraars hebben hieraan gevolg gegeven. Daaronder bevinden zich alle voor het onderzoek geselecteerde grote verzekeraars, één van de middelgrote en twee van de benaderde direct writers (zie hierover verder paragraaf 3.3, de selectie van verzekeraars).[75]
Deze formulieren zijn geanalyseerd op de mate van naleving van de artikelen 2 en 3 WMK. Voorts zijn gesprekken gevoerd met tien vooraf geselecteerde verzekeraars. Ten behoeve van deze selectie is informatie ingewonnen bij het Verbond van Verzekeraars, een hoogleraar Verzekeringsrecht, een oud-juridisch adviseur van een verzekeringsmaatschappij en beleidsmedewerkers van de Ombudsman Leven en de Ombudsman Schade (hierna: de Ombudsmannen Leven en Schade). De aan de hand van de aldus vergaarde gegevens gemaakte selectie wordt onderbouwd in hoofdstuk 3 (paragraaf 3.4.). De – semi-gestructureerde - gesprekken zijn gevoerd met één of meer respondenten, doorgaans een bij de verzekeraar werkzame arts, beleidsjurist of een combinatie van beiden.

Het consumentenperspectief: gesprekken met belangenorganisaties en medewerkers van de Ombudsmannen Leven en Schade

Het onderzoek aan de vraagkant van de markt is uitgevoerd door gesprekken met belangenorganisaties als het Breed Platform Verzekerden en Werk, één werknemers- en drie werkgeversorganisaties. Ook de, al eerder genoemde, gesprekken met de medewerkers van de Ombudsmannen Leven en Schade kunnen onder deze noemer gerangschikt worden.[76] Gesprekken met *individuele* aspirant-verzekerden hebben, conform het aan dit onderzoek ten grondslag gelegde onderzoeksvoorstel, niet plaatsgehad.[77]

---

73 Binnen de beperkte mogelijkheden van het onderzoek was het niet mogelijk deze in dit onderzoek te betrekken. Een afzonderlijk aanvullend onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van deze fondsen is zeker aan te raden.

74 De VB heeft een aanbevelingsbrief tot deelname aan de enquête opgesteld die tegelijk is meegezonden.

75 Elf van deze dertig behoren tot de top vijfentwintig levensverzekeraars en tezamen hebben deze elf 63 % van het marktaandeel van de top 25 in handen. Van hen heeft één een marktaandeel van meer dan 20%, drie van tussen de 5 en de 10 % en zeven van tussen de 0.5 en 5 %. Doordat behalve van deze relatief grote ook van 19 andere verzekeraars formulieren zijn ontvangen is het aantal ontvangen formulieren redelijk gespreid over grote, middelgrote en kleine verzekeringsmaatschappijen.

76 Het Bureau van de Ombudsman Schade en Leven is onlangs (januari 2001) samengevoegd tot één Bureau Ombudsman Verzekeringen. De functie en bevoegdheden van deze functionaris is beschreven in het (in 1999 herziene) reglement van dit instituut.

77 In dit voorstel is aangegeven dat een representatieve steekproef van voldoende grootte onder deze personen binnen de gestelde randvoorwaarden niet haalbaar is.

Informatie van alle actoren: EBR
Ten slotte is een computer gestuurde workshop (EBR-sessie) georganiseerd waarin met vertegenwoordigers uit vrijwel alle geledingen is gebrainstormd over zaken die in een eerder stadium aan de orde zijn gesteld en die om opheldering, verdere doordenking of mogelijk verificatie vragen.

1.4.8 Beschrijving resultaten

In dit introductie hoofdstuk 1 is de aanloop tot de Wet op de medische keuringen beschreven en de wettelijke regeling zelf, met nadruk op de normstellingen. De belangrijkste normstellingen van de WMK zijn in verband gebracht met de drie centrale onderzoeksvragen van de evaluatie. Daaruit zijn vervolgens voor de deelonderzoeken naar aanstellingskeuringen, naar verzekeringskeuringen en naar zelfregulering de specifieke onderzoeksvragen afgeleid. In hoofdstuk 1 is tenslotte kort beschreven het theoretisch kader en de methode van onderzoek. In hoofdstuk 2 worden vervolgens de verschillende deelonderzoeken naar de keuringen bij aanstelling beschreven en de resultaten daarvan. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten van de deelonderzoeken naar de inhoud en uitvoering van pensioen- en verzekeringskeuringen. In beide hoofdstukken wordt een eerste antwoord gegeven op de drie centrale onderzoeksvragen. Zover mogelijk hebben hoofdstuk 2 en hoofdstuk 3 dezelfde stuktuur, hetgeen de onderlinge vergelijking vergemakkelijkt. Omdat echter een deel van de onderzoeksvragen verschilt per werkingsgebied is een volledige spiegeling van de resultaten niet altijd mogelijk. De antwoorden op de centrale onderzoeksvragen en de conclusies van dit onderzoek staan in hoofdstuk 4.

2

Empirisch onderzoek naar aanstellingskeuringen

2.1 Inleiding en aanpak

Het onderhavige hoofdstuk bevat de resultaten van het deelonderzoek naar de inhoud en uitvoering van de regulering door de WMK van aanstellingskeuringen. In dit hoofdstuk gaat het mitsdien om de wetstechnische aspecten van de WMK en de uitvoering daarvan 'in verband met het aangaan of wijzigen van een burgerrechterlijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt'.

De volgende onderzoeksmethoden zijn gebruikt bij het onderzoek naar aanstellingskeuringen:
- een evaluatie van de wettekst;
- bestudering van wettechnische en onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten;
- telefonische interviews met 1.000 werkgevers;
- een schriftelijke enquête verzonden aan 1.800 bedrijfsartsen;
- een tiental gesprekken met vertegenwoordigers van betrokken organisaties (vertegenwoordigers van bedrijfsartsen, van arbodiensten, van werkgevers, van werknemers, van chronisch zieken en gehandicapten en mensen betrokken bij de wetvoorbereiding);
- een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van partijen.

Hoofdstuk is 2 verder als volgt opgezet:
Er wordt aangevangen met historische beschrijvingen van wat tot 1998 onder een aanstellingskeuring werd verstaan (paragraaf 2.2), in welke mate aanstellingskeuringen voorkwamen en de mogelijke verklaringen voor de toename van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998. Vervolgens worden de relevante ontwikkelingen beschreven na de invoering van de WMK (paragraaf 2.5). De resultaten van het veldonderzoek komen aan de orde in de paragrafen 2.6, 2.7, 2.8 en 2.9.
Paragraaf 2.6 beschrijft de resultaten van het enquêteonderzoek onder werkgevers, in paragraaf 2.7 gebeurt dat voor het onderzoek onder bedrijfsartsen, paragraaf 2.8 beschrijft de resultaten van het kwalitatief onderzoek naar onder meer gezondheidsverklaringen en paragraaf 2.9 is gewijd aan de voortgang van de beoogde zelfregulering. De antwoorden op de centrale onderzoeksvragen en de conclusies van dit onderzoek staan in hoofdstuk 4 (paragraaf 4.2).

2.2 De aanstellingskeuring voor 1998

Wat is een aanstellingskeuring tot 1998?
Voor de totstandkoming van de WMK kon de werkgever ten alle tijden besluiten tot het laten verrichten van een aanstellingskeuring. Voor veel functies was het niet ongebruikelijk dat een medisch onderzoek door een arts deel uit maakte van de sollicitatie procedure. Een aanstellingskeuring werd ook vóór 1998 uitgevoerd om de medische geschiktheid van een kandidaat voor een functie te bepalen. De keuring was een selectieve: afhankelijk van de uitslag volgde al dan niet een aanbod tot toetreding tot de functie. De aanstellingskeuring diende en dient te worden onderscheiden van andere arbeidsgerelateerde onderzoeken, zoals het intredeonderzoek en het periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek (PAGO) dat een werkgever *moet* aanbieden aan werknemers die bepaalde werkzaamheden verrichten (Arbowet, Arbobesluitbepalingen[78]). De werknemer is in de regel niet verplicht aan dit laatste onderzoek mee te werken; voor het behouden van de functie heeft een eventuele weigering van zijn kant geen consequenties.
Tot 1997 werd een aanstellingskeuring uitgevoerd door bedrijfsartsen en door huisartsen. In dat jaar is daarin verandering gekomen: aanstellingskeuringen mochten uitsluitend nog door bij gecertificeerde arbodiensten werkzame artsen[79] worden verricht (art.18 Arbowet).

Welke actoren zijn bij een aanstellingskeuring betrokken?
Behalve werkgevers, keurlingen en bedrijfsartsen zijn er nog andere partijen te noemen die min of meer betrokken zijn bij de uitvoering van aanstellingskeuringen. In een studie naar de kwaliteit van de oordeelvorming over de geschiktheid van individuele werknemers, hebben Mul en collega's (1997) een overzicht gemaakt van de instanties die tot 1997 (en ook nu nog) betrokken zijn bij die oordeelvorming. Deze instanties (actoren) worden onderscheiden in voorwaardenscheppende en uitvoerende actoren. De (gecertificeerde) arbodienst is, zoals gezegd, vanaf 1997 de instantie die de keuring mag uitvoeren.
Onder de voorwaardenscheppende instanties worden er vele gerekend. Behalve de landelijke overheid, zoals de Ministeries van SZW en van VWS, Stichting van de Arbeid en de Gezondheidsraad, vallen daaronder de sociale partners, de sociale zekerheidsorganisaties (CTSV, Lisv), de rechtsprekende/handhavende organen, zoals het Kantongerecht, het Medisch Tuchtcollege, ombudsman verzekeringen en ombudsman pensioenen.
Daarbij worden ook de koepel- of belangenorganisaties gerekend tot de voorwaardenscheppende instanties, waaronder de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA), Beroepsverenigingen (NVVA, NVP), belanghebbende artsenorganisaties zoals de KNMG, Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen (GAV), de Vereniging Nederlandse Zorgverzekeraars (NVZ) en de consumenten- en cliëntenorganisaties, zoals de Gehandicaptenraad, Breed Platform Verzekeringen en Werk (BPV&W).

---

78 Deze bepalingen zijn gebaseerd op EG-richtlijnen. Als voorbeeld noemen wij de bepaling (art.4.22 Arbobesluit) dat de werknemer die voor het eerst in het werk met kankerverwekkende stoffen of gevaarlijke stoffen in contact kan komen, in de gelegenheid wordt gesteld om voor de aanvang van die werkzaamheden een arbeidgezondheidskundig onderzoek te ondergaan.

79 Het zijn artsen die bij de arbodienst in loondienst, gedetacheerd dan wel ingehuurd zijn.

In 1995 werd door vertegenwoordigers van organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten, consumenten en artsen overeenstemming bereikt over gedragsregels rondom de aanstellingskeuring. In dit zogeheten Protocol aanstellingskeuringen (hierna: PAK) is bepaald met welk doel en onder welke voorwaarden een aanstellingskeuring plaats mag hebben.[80] Voorts zijn regels gegeven over de wijze van rapportage, het recht op informatie en het recht op herkeuring.

2.3 In welke mate kwamen aanstellingskeuringen voor?

Sinds het begin van de jaren negentig worden aanstellingskeuringen steeds vaker toegepast, maar hoeveel vaker is niet geheel duidelijk. De schattingen over de omvang van de stijging lopen in de diverse publicaties uiteen, mede omdat het begrip aanstellingskeuren niet op dezelfde manier wordt gebruikt.
Zo constateren Andriessen e.a. (1995) op basis van onderzoek van de Loontechnische Dienst van het ministerie van SZW onder bedrijven en artsen (LTD, 1994) en een onderzoek van het NIPG-TNO naar de praktijk van aanstellingskeuringen (Lourijsen e.a., 1993) dat de toename van het aanstellingskeuren in 1992/1993 vooral plaats vond in middelgrote ondernemingen (10-100 werknemers). Keurde in 1992 nog 18% van de middelgrote ondernemingen in 1993 nam dit toe tot 56%. In grote bedrijven (100+) was het aantal ongeveer constant (64%), in kleinere bedrijven (2-10 werknemers) was het aantal keurende bedrijven vrijwel nihil.

Veerman e.a. (1996) en Huurne e.a. (1997) verschaffen in de rapportages over de metingen van het ZARA-Werkgeverspanel[81] informatie over het gebruik van aanstellingskeuringen in 1995 en 1996. In 1995 is bij 18% van de bedrijven waar personeel werd aangenomen, gebruik gemaakt van aanstellingskeuringen. In 1996 is dit gedaald naar 16%. Grote bedrijven verrichten vaker aanstellingskeuringen dan kleinere: 93% van de bedrijven met 500 of meer werknemers maken gebruik van aanstellingskeuringen tegen 6% van de bedrijven met 2-9 werknemers. In 1995 waren deze percentages 96% en 9%.
Vergeleken met 1995 is er in 1996 weinig veranderd in het patroon van gebruik van aanstellingskeuringen (met uitzondering van de sector detailhandel, waar sprake is van een daling; zie hier na).

Bedrijfssectoren met relatief veel aanstellingskeuringen in 1996 zijn de procesindustrie (in 1996 49%, was in 1995 53%) en de gezondheidszorg (50% respectievelijk 47%). Sectoren waarin men relatief weinig gebruik maakt van aanstellingskeuringen zijn de horeca (1% respectievelijk 1%), landbouw (3% versus 5%) en de detailhandel (2% versus 8%). Deze sectorverschillen blijken na correctie voor bedrijfsomvang in stand te blijven. Vergelijking met eerder onderzoek is volgens de auteurs lastig door verschillen in methodische opzet, in onderzoekseenheden (andere bedrijfstakindeling, grootteklassen en al dan niet opnemen van overheidsbedrijven in het onderzoek) en door andere onderzoekscriteria.

Zoals eerder is aangegeven maakte in 1996 16% en in 1995 18% van de bedrijven gebruik van aanstellingskeuringen. Dit is een percentage op bedrijfsniveau. Een ander cijfer ontstaat als men beziet welk deel van de in 1995 en 1996 geworven werknemers

---

80 Zie verder hoofdstuk 1, paragraaf 1.3 en de bijlage 2 over het protocol.

81 Het toen nog ZARA-Werkgeverspanel heet momenteel SZW-Werkgeverspanel.

feitelijk met een aanstellingskeuring van doen heeft gehad: bij 28% van àlle wervingsprocedures in 1996 is gebruik gemaakt van een aanstellingskeuring (in 1995 was dit 25%). Terwijl het percentage bedrijven met aanstellingskeuringen van 1995 op 1996 iets is afgenomen, is het percentage op werknemersniveau juist iets gestegen.

2.3.1 Reden, doel en uitvoering van keuring tot 1998

Bij de tweede meting van het ZARA-Werkgeverspanel in 1996 (Veerman e.a., 1996) is bedrijven gevraagd naar de reden, doel en uitvoering van aanstellingskeuringen.

a) reden van de keuring volgens werkgevers;
Aan de bedrijven is in 1996 een zestal mogelijke redenen voor aanstellingskeuringen voorgelegd, (meerdere redenen zijn mogelijk).[82] De verdeling is als volgt:
- onderdeel individuele arbeidsovereenkomst (39% van de ondervraagde werkgevers);
- onderdeel contract met BGD/Arbodienst (17,9%);
- CAO-bepaling (15,7%);
- onderdeel contract met particuliere verzekeringsmaatschappij (14,2%);
- wettelijke bepalingen. Dit zijn bepalingen die de werkgever verplichten om een aanstellingskeuring te laten verrichten bij aanname van personeel voor een bepaalde functie en/of bepaalde werkzaamheden (10,2%);
- onderdeel contract met pensioenfonds (9,8%);
- andere grondslagen (32,8%).

b) doel volgens werkgever;
Volgens 77% van de bedrijven is het nagaan of de kandidaat geschikt is voor de functie altijd of meestal een doel van de keuring (Veerman e.a., 1996). In het kader van de risicoselectie bij nieuw personeel is het van belang om te weten in welke mate de aanstellingskeuring bedoeld is om het toekomstig risico van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid in te schatten. Voor bijna 50% van de keurende bedrijven blijkt dat *altijd* een doel van de keuring te zijn, en voor nog eens bijna 20 procent *meestal of soms*.

c) uitvoering;
Het overgrote deel (84%) van bedrijven die in 1996 gebruik maken van aanstellingskeuringen hanteert daarbij vaste procedures en/of richtlijnen. De toenmalige bedrijfsgezondheidsdienst of arbodienst is bij de meeste bedrijven (68%) de instantie die de procedures en/of richtlijnen bij aanstellingskeuringen heeft opgesteld. Op de tweede plaats komt het bedrijf zelf: 35% van de bedrijven geeft aan zelf ervoor verantwoordelijk te zijn. Andere instanties (bijvoorbeeld adviesbureau, CAO-partijen, KNMG) worden weinig genoemd als opstellers van de procedures en richtlijnen.

2.3.2 Mate waarin aanstellingskeuringen voor 1998 in afkeuring en herkeuring resulteren

Uit onderzoek onder artsen en bedrijven (Lourijsen e.a., 1993) blijkt dat begin jaren negentig jaarlijks gemiddeld 1 à 2% van de keurlingen werd afgekeurd. In absolute zin gaat het om zo'n twee- tot zesduizend afgekeurden per jaar. Daarnaast worden door bedrijfsartsen jaarlijks nog eens 3% van de keurlingen en door de huisarts 6% van de keurlingen "beperkt medisch geschikt" bevonden.

---

82 In paragraaf 2.6 worden deze vergeleken met de in 2000 genoemde redenen.

De Loon Technische Dienst (LTD) van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft in het tweede kwartaal van 1994 bij 1.700 artsen en circa 900 bedrijven met twee of meer werknemers een onderzoek verricht naar de praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993 (LTD, 1994). De belangrijkste reden voor afkeuring van kandidaten was voor zowel huisartsen als bedrijfsartsen in 1993 de aanwezigheid van een ziekte of aandoening. Als tweede belangrijke reden noemen de bedrijfsartsen een verhoogde kans op het ontstaan van een ziekte of aandoening door het werk. Bij huisartsen komt het voorkòmen van risico's voor het bedrijf op de tweede plaats.

Recentere gegevens over de resultaten van aanstellingskeuringen vinden we opnieuw in de rapportage over het ZARA-Werkgeverspanel (Huurne e.a., 1996). Bij 10% van de bedrijven die aanstellingskeuringen laten verrichten, heeft wel eens een herkeuring plaats gevonden. Van het totaal aantal personen dat in 1995 een aanstellingskeuring onderging is 1% herkeurd. Het aantal afwijzingen als gevolg van de aanstellingskeuring is kleiner dan het aantal herkeuringen. Bij 4% van de bedrijven die gebruik maken van aanstellingskeuringen is in 1995 wel eens een sollicitant afgewezen op grond van de aanstellingskeuring. Van het totaal aantal personen dat een aanstellingskeuring onderging is in 1995 0,5% afgewezen op grond van het keuringsresultaat.

2.4 De toename van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998: enkele verklaringen

De gesignaleerde stijging van het aantal aanstellingskeuringen tot 1998 is, ook door de politiek, vooral in verband gebracht met de stapsgewijs doorgevoerde marktwerking van arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Werkgevers zouden daardoor voorzichtiger zijn geworden met het aannemen van personen met gezondheidsklachten of personen die een risicovolle sport beoefenen. Aanstellingskeuringen werden daarbij steeds vaker gebruikt als instrument tot risicoselectie en het functiegericht keuren maakte plaats voor meer risicogericht keuren (Heemskerk, 1996).
Andriessen (1997) wijst erop dat sommige werkgevers de gevreesde toevloed van slechte (werkgevers-)risico's indammen door werknemers flexibel aan te nemen om zo zowel hun functioneren als hun verzuim te testen. Een andere praktijk is de werknemer na het tijdelijk contract eerst een medisch onderzoek te laten ondergaan alvorens hem/haar een vast contract aan te bieden. Deze praktijk heeft -althans voor 1998- een opstuwend effect op het volume aan aanstellingskeuringen.
Tenslotte konden werkgevers ook gewoon vragen naar het arbeids- en ziekteverleden van de sollicitant.[83] Als daar hiaten in zaten of als sprake was van ziekte of gedeeltelijk arbeidsongeschiktheid dan kon de werkgever de sollicitatieprocedure stoppen. Voor de totstandkoming van de WMK kon de werkgever bij twijfel ten alle tijden besluiten tot het laten verrichten van een medisch onderzoek. Blijkbaar hadden veel managers angst iemand met een vlekje aan te nemen. Door het laten keuren van de sollicitant dekten zij zich in tegen mogelijke kritiek van het hogere management op een verkeerde beslissing. Op basis van onderzoek (Lourijsen e.a., 1993) is geschat dat begin jaren negentig twee op de drie nieuw aangenomen werknemers is gekeurd door een arts.

83 Het vragen door de werkgever naar gezondheid werd voor 1998 niet opgevat als een medische keuring en ook niet verboden. Met de WMK is dit veranderd (art.1 en art.4 lid 2).

2.5 Ontwikkelingen sinds de invoering van de WMK

2.5.1 Inleiding

De Wet op de medische keuringen was ten tijde dat gegevens werden verzameld ruim twee-en-een-half jaar van kracht. In deze periode reageerden enkele actoren op de wet of voerden deze op onderdelen uit. Deze ontwikkelingen zijn van invloed geweest op de inhoud van de vragen die in het onderzoek aan actoren zijn gesteld. Om die reden worden deze eerst beschreven alvorens de resultaten te presenteren van het empirische onderzoek in de hierop volgende paragrafen.

2.5.2 Actoren: arbodiensten en bedrijfsartsen

WMK en Arbo-certificering
In de loop van het jaar 1999 treedt een geheel vernieuwde Arbeidsomstandighedenwet (Arbowet) 1998 in werking. Hierin is voorgeschreven dat de werkgever zich voor de uitvoering van aanstellingskeuringen moet laten bijstaan door een gecertificeerde arbodienst (art. 14 Arbowet 1998). Ten behoeve van deze certificering is in 1998 een certificatieschema opgesteld door het centraal college van deskundigen van de Stichting Beheer Certificatie Arbodiensten. Dit schema wordt op 17 februari 1998 goedgekeurd door de staatssecretaris van SZW en treedt kort nadien in werking als de Regeling certificatie arbodiensten. Aan deze regeling wordt op 30 juli 1999 een verwijzing toegevoegd naar de in de WMK genoemde voorschriften. De aldus uitgebreide regeling is per 1 september 1999 bindend voor alle gecertificeerde arbodiensten.
Vanaf dit moment geldt:

a. voor de werkgever, dat hij eventuele aanstellingskeuringen moet laten uitvoeren door gecertificeerde arbodiensten;
b. voor deze arbodiensten, dat zij zich houden aan de bovengenoemde WMK-conforme voorschriften.[84]

Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen (ARA)
In 1998 wordt in opdracht van de Branche Organisatie Arbodiensten een richtlijn ontwikkeld om binnen de diverse arbodiensten tot meer uniformiteit te komen in de werkwijze rond de aanstellingskeuringen. De richtlijn bevat een stappenplan en een overzicht van functie-eisen met de bijbehorende gezondheidscriteria en onderzoeks-methoden.[85] De ARA (Hulshof, 1999) is medio 1999 beschikbaar gekomen voor arbodiensten en bedrijfsartsen.
In een bijgesloten beoordelingsformulier worden achttien veel voorkomende functie-eisen genoemd. Aan de hand van deze eisen kan worden nagegaan of er sprake is van bijzondere eisen ten aanzien van de medische geschiktheid voor de functie. Voor deze bijzondere functie-eisen is een vertaalslag gemaakt naar gezondheidscriteria en bijbehorende onderzoeksmethoden. Als voorwaarden om tot een aanstellingskeuring te mogen overgaan geldt steeds:

- ten eerste, dat de functie-eisen vertaald kunnen worden in gezondheidscriteria én dat er betrouwbare medische onderzoeksmethoden zijn om die gezondheidscriteria vast te stellen;

---

84 Voor verwijzing naar WMK in deze regeling zie bijlage.

85 De vijf stappen in dit plan zijn: de klant informeren, functie-eisen opstellen, besluiten of al dan niet tot aanstellingskeuring wordt overgegaan, zo ja, de inhoud van deze keuring vaststellen en deze vervolgens uitvoeren.

- ten tweede, dat de betreffende risicofactoren terugslaan op zaken die de werkgever redelijkerwijs niet met preventieve maatregelen kan beheersen.

De richtlijn is niet bindend en wordt dan ook mogelijk niet overal toegepast. Als instrument ter uniformering kan deze niettemin nuttige diensten bewijzen.

2.5.3 Actor: werkgever

Herziene versie sollicitatiecode

De Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid (NVP) beschikte al ruim voor de inwerkingtreding van de WMK over een sollicitatiecode, waarin basisregels zijn gegeven voor de werving en selectie. De code is, evenals de ARA voor arbodiensten, niet juridisch bindend, maar geeft wel een indicatie hoe er als het aan de branche-organisatie ligt geopereerd dient te worden. Bij de beoordeling in rechte van criteria als precontractuele goede trouw en goed-werkgeverschap spelen de hierin gegeven normstellingen derhalve wel degelijk een rol.

In de loop van 1999 had de Staatssecretaris van SZW de Stichting van de Arbeid aangespoord om, in navolging van de motie-De Wit, te komen tot 'een handzame richtsnoer voor bedrijven voor het terrein van de werving en selectie'. Mogelijk heeft de dreiging met wettelijke maatregelen vruchten afgeworpen, want in maart 2000 kan de Minister de Kamer laten weten, dat de Stichting van de Arbeid in samenwerking met de NVP is gekomen met een richtsnoer voor bedrijven voor wervings- en selectie beleid, én dat daarin is gekozen voor de promotie van één sollicitatiecode en één landelijke klachtenvoorziening. Overigens heeft deze laatste geen betrekking op aanstellingskeuringen.

In deze vernieuwde code (NVP 2000) staan wel verwijzingen naar de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB), de WMK en het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG (PAK).

Centrale uitgangspunten van deze code zijn:

- een eerlijke kans op aanstelling (gelijke kansen bij gelijke geschiktheid);
- deugdelijke en volledige informatievoorziening aan sollicitanten;
- beperkte informatie-inwinning in het kader van de sollicitatie (slechts wat nodig is voor de beoordeling van de geschiktheid voor de functie);
- vertrouwelijke en zorgvuldige omgang met persoonsgegeven;
- tijdige afhandeling van schriftelijk ingediende klachten naar aanleiding van de sollicitatie.

Code en klachtenvoorzieningen treden per 1 april 2000 in werking.

Over deze ontwikkeling merkt de minister in een recente brief aan de Kamer het volgende op:

> “Hoewel de klachtenvoorziening in eerste instantie voor een periode van twee jaar is vastgesteld, waarvoor ik een ondersteunende subsidie heb verstrekt, ga ik er vanuit dat na de looptijd van twee jaar werkgevers en werknemers in de Stichting [van de arbeid], in overleg met de NVP, de klachtenregeling een vervolg zullen geven. Ik verwacht dat het samenstel van de nieuwe aanbevelingen van de Stichting met de nieuwe sollicitatiecode van de NVP en de daaraan gekoppelde klachtenregeling de ondernemingen zal stimuleren tot het realiseren van een goed en zorgvuldig wervings- en selectiebeleid, alsmede op die bedrijven toegesneden laagdrempelige klachtenregelingen. Evenzeer zullen de door de Stichting en de NVP voorgenomen voorlichtingsactiviteiten en de ondersteunende rol daarbij van

mijn departement, daartoe een belangrijke bijdrage kunnen leveren. Hierbij denk ik met name aan het Midden- en Kleinbedrijf."[86]

2.5.4 Actor: de politiek

Moties vanuit de Tweede Kamer
De weerspannige houding van de in de RCO georganiseerde werkgevers leidt al vrij snel na inwerkingtreding van de WMK tot Kamervragen. Is de minister van mening dat, als deze partij in zijn houding volhardt, de kans op zelfregulering daarmee is verkeken en de voorbereidingen tot een AMvB maar beter meteen kunnen worden opgestart? zo luidt de centrale vraag in deze. Minister Borst houdt, mede namens de Minister van Justitie en de Staatssecretaris van SZW, het kruit vooralsnog droog en antwoordt dat de Regering wil vasthouden aan het uitgangspunt van de geconditioneerde zelfregulering en het daarin voorziene tijdpad van drie jaar. Vooralsnog wil de regering ervan uitgaan dat de betrokken organisaties tot onderlinge afspraken zullen komen, waardoor de instelling van overheidswege van een onafhankelijke klachtencommissie niet nodig zal zijn, aldus de minister. Mocht na verloop van tijd komen vast te staan, dat deze commissie er niet binnen de voorgeschreven termijn van drie jaar zal komen, dan worden de voorbereidingen tot een AMvB terstond opgestart.[87]
Vervolgens doet de staatssecretaris van SZW in het najaarsoverleg opnieuw een klemmend beroep op de betrokken partijen om hun maatschappelijke verantwoordelijkheid in deze te nemen. Dit blijft zonder resultaat: de Stichting van de Arbeid laat de minister weten dat de klachtencommissie-WMK er niet zal komen 'vanwege onvoldoende draagvlak bij de achterban van één van de partners'.[88]

Deze brief stamt uit 1999. Geruime tijd voordat deze is verzonden bereikt de Kamer signalen dat de wet - en dan met name het verbod op het stellen van gezondheidsvragen - veelvuldig zou worden overtreden. In een debat naar aanleiding van een algemeen overleg over de privatisering van de Ziektewet worden twee moties ingediend.

- de motie Schimmel c.s. waarin de regering verzocht wordt om, indien in december blijkt dat de onafhankelijke WMK-klachtencommissie door de representatieve organisaties niet wordt opgezet, voorbereidingen te treffen om zelf zo'n commissie in het leven te roepen én om daaraan voorafgaand per 1 januari 1999 een meldpunt voor klachten te creëren.[89]
- de motie De Wit waarin de regering gevraagd wordt om zo spoedig mogelijk in overleg te treden met de Stichting van de Arbeid en de Raad voor het overheidsbeleid om tot een betere naleving van de sollicitatiecode van de NVP te komen én de Kamer vervolgens van de resultaten van dat overleg in kennis te stellen.[90]

---

86 Brief van de minister van SZW d.d. 9.3.00, TK 199/00, 25 042, nr.11.

87 Vragen van de leden Kant (SP) en Van Boxtel (D66) van 14.7.98 en antwoord van de minister van 21.8.98.

88 Brief van de Stichting van de Arbeid aan de staatssecretaris van SZW d.d. 7 juni 1999.

89 Motie van het lid Schimmel c.s. d.d. 13 oktober 1998, Kamerstukken II 1998/99, 25 024, nr. 4.

90 Motie De Wit d.d. 13 oktober 1998, Kamerstukken II 1998/99, 25 024, nr. 5. De NVP-sollicitatiecode komt hierna aan de orde.

Beide moties zijn aangenomen.

Meldpunt en klachtencommissie
Het aan de Tweede Kamer toegezegde Meldpunt Klachten-WMK is per 1 januari 1999 ingesteld en ondergebracht bij het Breed Platform Verzekerden en Werk. Een meldpunt is, zoals mevrouw Schimmel een half jaar later opmerkt, echter nog geen klachten-commissie. Als derhalve de bovengenoemde brief van de Stichting van de Arbeid binnenkomt, is de afwachtende houding van de Kamer en de regering ten einde. Tijdens het vragenuurtje van 15 juni 1999 laat de staatssecretaris de Kamer weten dat de organisatorische en juridische voorbereidingen voor de vorming van een klachtencommissie in gang gezet zullen worden. Deze commissie zal belast worden met de afhandeling van klachten ten aanzien van zowel aanstellings- als verzekerings-keuringen en dient per 1 januari 2001 operabel te zijn.[91]

Inmiddels heeft de nieuw bijeen geroepen Begeleidingscommissie PAK, onder voorzitterschap van de KNMG, in oktober 2000 een advies verzonden aan de Staatssecretaris over de klachtencommissie en –procedure.

2.5.5 Invloed ontwikkelingen na 1998 op het empirisch onderzoek

De genoemde ontwikkelingen zijn van invloed op de vragen die in het kader van deze evaluatie aan actoren zijn gesteld. De bedrijfsartsen zijn uitvoerig bevraagd over de wijze waarop de in de WMK genoemde voorschriften worden gecommuniceerd tussen arbodienst en bedrijfsarts en van bedrijfsarts naar werkgever. Daarbij is gevraagd naar hun ervaring met en oordeel over de ARA. De werkgevers zijn uitvoerig bevraagd over hun kennis over en toepassing van de voorschriften bij sollicitaties. Het oordeel van werkgevers over een WMK-Klachtenregeling was door de opstelling van de in de RCO georganiseerde werkgevers op voorhand duidelijk. Wel is gevraagd naar afspraken die werkgevers met de andere actoren hebben gemaakt op bedrijfs- en sectorniveau. De vertegenwoordigers van belangen van keurlingen, met name het BPV&W en de Vakorganisaties, zijn bevraagd over de naleving van de voorschriften en algemeen oordeel over de WMK.

2.6 Empirisch onderzoek naar werkgeversbeleid

2.6.1 Verantwoording onderzoek

De gegevens waarover hier gerapporteerd wordt, zijn de neerslag van 1001 door veldwerkbureau Intomart uitgevoerde telefonisch enquêtes. Deze gesprekken zijn gevoerd met representanten van bedrijven, voorzover dit geen éénmansbedrijven waren (Bijlage 3.1).
De resultaten van het onderzoek onder werkgevers worden gepresenteerd in de volgorde waarin de onderwerpen in de vragenlijst werden aangekaart. In de samenvatting in paragraaf 2.6.9 worden enkele resultaten in verband gebracht met de onderzoeksvragen.

---

91 Vragenuur d.d. 15 juni 1999 naar aanleiding van vragen van het lid Schimmel over de totstandkoming van klachtencommissies in de uitvoering van de WMK.

2.6.2 Bedrijven die medische aanstellingkeuringen laten uitvoeren

Er zijn meerdere vragen gesteld die een indruk geven van de mate waarin in Nederlandse bedrijven bij sollicitaties medische aanstellingskeuringen aan de orde zijn. De eerste vraag is overgenomen uit de Ctsv-werkgeversenquête die in 1998 en 1999 werd afgenomen (Berendsen e.a., 1989; Burger e.a., 1999). Deze vraag maakt het mogelijk de hier besproken gegevens te vergelijken met de resultaten van twee voorgaande jaren.

> *Vraag 1:* "Als u nieuw personeel aanneemt, behoort een medische keuring dan tot de normale sollicitatieprocedure *?" [ja; nee, niet meer na de invoering van de WMK; nee, zonder meer; niet van toepassing (afgelopen jaar geen nieuw personeel aangenomen); weet niet]*

Het antwoord op deze vraag wordt in het vervolg aangeduid als een medische aanstellingskeuring 'als normale procedure'. In totaal 7,8% van de bedrijven geeft als antwoord aan dat een medische keuring tot de normale sollicitatieprocedure behoort. Echter in een vervolgvraag geeft 'slechts' tweederde van deze gevallen aan dat de keuring uitgevoerd wordt door een arts. Als het getal van 7,8% vergeleken wordt met de Ctsv-cijfers over eerdere jaren, dan zou er sprake zijn van een vrijwel gelijk blijvend percentage ten opzichte van 1999. Het cijfer voor 1999 bedroeg immers 9% en lag in 1998 nog op 13%.

Eén bezwaar dat aan de Ctsv-vraag naar aanstellingskeuringen kleeft, is dat niet goed duidelijk is wat onder 'een normale sollicitatieprocedure' verstaan moet worden. Wordt het (zeer onwaarschijnlijke) geval bedoeld dat voor alle functies een keuring aan de orde is of is het al voldoende dat voor één functie binnen het bedrijf een keuring de normale procedure is? Verder is het niet duidelijk wanneer bedrijven de antwoord-categorie 'niet van toepassing, geen personeel aangetrokken' zullen gebruiken. Omdat het gaat om de procedure die gevolgd wordt *in het geval dat* nieuw personeel wordt aangetrokken, is het immers in principe ook mogelijk de vraag te beantwoorden zonder in het afgelopen jaar personeel te hebben aangetrokken. Er is sprake van een duidelijk verschil tussen bedrijven die al dan niet personeel hebben aangetrokken. Tabel 6.1 laat deze verschillen zien voor bedrijven met uiteenlopende bedrijfsomvang.

Tabel 6.1 Percentage bedrijven met een aanstellingskeuring 'als normale procedure' naar het al dan niet hebben geworven van personeel in het afgelopen jaar

Laatste 12 maanden personeel geworven?		
Keuring normale procedure	ja	nee
Ja	3.9	15.7
niet na 1-1-1998	1.8	0.3
Nee	94.2	7.4
niet geworven	-	3.0
weet niet	0.1	3.6
gewogen n	670	331
p- Chi^2=.001		

Er is sprake van een beduidend lager percentage aanstellingskeuringen 'als normale procedure' onder bedrijven die nieuw personeel hebben aangetrokken. Had men nieuw personeel aangetrokken dan geeft slechts 3,9% van de bedrijven aan te keuren en zegt 1,8% daarmee te zijn gestopt na het tijdstip van invoering van de WMK. Het gaat in vrijwel alle gevallen om een keuring uitgevoerd door een arts.

Heeft men geen nieuw personeel in dienst genomen, dan noemt 15,7% van de bedrijven een aanstellingskeuring en zegt slechts 0,3% daarmee vanaf het moment van de invoering van de WMK te zijn gestopt. Die keuringen worden slechts in de helft van de gevallen door een arts verricht. Dit resultaat suggereert dat indien bedrijven geen recente ervaring met nieuw personeel hebben, zij gemakkelijker melding maken van een aanstellingskeuring. Het blijft stellig de vraag of zo'n keuring in de toekomst ook daadwerkelijk zal worden uitgevoerd.
In tabel 6.2 wordt bezien in hoeverre de bedrijfsomvang van invloed is op het aangeven van aanstellingskeuringen.

Tabel 6.2 Percentage bedrijven met een aanstellingskeuring 'als normale procedure' naar bedrijfsomvang

Aantal werknemers: *keuring normale procedure:*	*2-10*	*10-99*	*100+*	*totaal*
Ja	7.5	8.3	10.3	7.8
niet na 1-1-98	0.6	2.9	5.1	1.4
Nee	83.3	88.8	85.3	84.4
nvt (niet geworven)	6.3	-	-	4.3
weet niet	1.8	-	-	1.2
gewogen n	681	278	39	998
p- Chi^2=.000				

Er blijkt sprake van een vrij bescheiden verband tussen keuringen zoals gemeten met deze vraag en bedrijfsomvang. De verwachting is immers dat met de omvang van het bedrijf de kans op de aanwezigheid van functies waarvoor een keuring aan de orde is, aanzienlijk zal toenemen.
Over de verschillende bedrijfssectoren zijn de verschillen gering; de bouw (11,3%) en de zakelijke dienstverlening (12,8%) maken iets vaker dan gemiddeld (7,8%) melding van keuringen 'als normale procedure'.
Vanwege de geschetste interpretatieproblemen is een tweede vraag in de vragenlijst voor werkgevers opgenomen, die luidt:

> *Vraag 2:* "Heeft uw bedrijf (bedrijfsvestiging) functies die bijzondere eisen stellen aan de medische geschiktheid, waarbij een aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van een sollicitatieprocedure*?" [ja, nee, weet niet]*

Het antwoord op deze tweede vraag wordt aangeduid als een aanstellingskeuring 'als onderdeel van de sollicitatieprocedure'. Tabel 6.3 geeft de samenhang in de beantwoording van deze vraag en de eerder behandelde vraag (keuring 'als normale procedure').

Tabel 6.3 Vergelijking keuring als 'normale procedure' met keuring als 'onderdeel van sollicitatie procedure'

	Keuring 'als onderdeel van sollicitatieprocedure'			
keuring 'als normale procedure'	ja	nee	weet niet	% rij
Ja	35.0	3.7	36.4	7.8
niet na 1-1-'98	-	1.5	-	1.4
nee, zonder meer	63.4	89.2	27.3	85.3
nvt (geen nieuw personeel)	0.8	4.3	36.4	4.3
weet niet	0.8	1.4	-	1.3
Totaal	*100%*	*100%*	*100%*	
gewogen n	*120*	*870*	*11*	

% kolom	*11.9*	*86.9*	*1.1*	

Bovenstaande tabel maakt duidelijk dat de beantwoording van de vraag naar aanstellingskeuringen sterk afhankelijk is van de formulering van de vraag. Met de nieuwe vraag wordt niet alleen een hoger percentage keurende bedrijven gevonden (11,9%) maar er blijkt bovendien weinig overeenstemming met de antwoorden op de eerdere vraag naar aanstellingskeuringen. In slechts 35% van de gevallen is er sprake van een keuring als 'normale procedure' als er functies zijn waarvoor een aanstellingskeuring 'onderdeel van de sollicitatieprocedure' is. Correct is dat alle bedrijven die op de eerdere vraag aangaven te zijn gestopt met keuren na invoering van de WMK, nu de vraag naar keuringen als onderdeel van de sollicitatieprocedure met 'nee' beantwoorden. De 63,4% van de gevallen waarin sprake is van een aanstellingskeuring als 'onderdeel van sollicitatieprocedure' maar niet als 'normale procedure', vinden waarschijnlijk hun grond in de gevallen waarin voorkomende medische aanstellingskeuringen niet als een 'normale procedure' gezien werden. Minder makkelijk is te verklaren waarom eerst een aantal personen 'ja een normale procedure' aangeeft en daarna zegt dat functies ontbreken waarvoor een keuring onderdeel van de sollicitatieprocedure is.
In tabel 6.4 wordt het antwoord op de tweede vraag in verband gebracht met bedrijfsomvang.

Tabel 6.4 Percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen verricht als 'onderdeel van de sollicitatieprocedure', naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
keuring 'onderdeel sollicitatieprocedure'	2-10	10-99	100+	totaal
Ja	9.8	14.3	32.4	11.9
Nee	88.5	85.3	67.6	86.9
weet niet	1.6	0.4	-	1.1
gewogen n	681	279	37	997
p- Chi^2=.000				

Er is bij de vraag naar aanstellingskeuringen 'als onderdeel van de sollicitatieprocedure' sprake van een duidelijke samenhang met een (grotere) bedrijfsomvang; veel uitgesprokener dan bij de eerdere vraag naar keuringen 'als normale procedure'. Bovendien levert deze tweede vraag naar keuringen ook als men geen nieuw personeel heeft aangetrokken, een ongeveer even hoog percentage keurende bedrijven: 11,8 % tegenover 12,1% bij bedrijven met nieuw personeel. Blijkbaar is deze vraag minder gevoelig voor een te hoge schatting op grond van het ontbreken van recente ervaring met het werven van nieuw personeel. Op grond van deze resultaten wordt aangenomen dat het antwoord op de tweede vraag een betrouwbaarder schatting van het werkelijk aantal bedrijven met een aanstellingskeuring in Nederland oplevert.[92] Tabel 6.5 geeft een beeld naar bedrijfssector.

92 Wanneer in het vervolg een onderscheid wordt gemaakt tussen keurende en niet-keurende bedrijven gaat het om het antwoord op de tweede vraag. Voor alle duidelijkheid wordt telkens ter typering van de vraag vermeld: 'als onderdeel van de sollicitatieprocedure'.

Tabel 6.5 Percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen verricht als 'onderdeel van de sollicitatie-procedure' naar bedrijfssector

	landb.	*indus.*	*bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dientsv.*	*quartair*
onderdeel sollicitatieprocedure:						
Ja	11.4	9.7	8.2	13.4	11.9	12.3
Nee	84.3	90.3	91.8	86.6	87.1	87.7
weet niet	4.3	-	-		1.0	-
gewogen n	*185*	*72*	*61*	*373*	*194*	*114*
p- Chi2=.001						

Er is sprake van een iets lager percentage bedrijven met een aanstellingskeuring bij de industrie (9,7%) en bouw (8,3%) dan bij de overige sectoren.

2.6.3 Andere bronnen over keurende bedrijven

Er zijn via het SZW-werkgeverspanel cijfers beschikbaar over de mate waarin bedrijven zouden keuren als ze nieuw personeel aannemen en over de mate waarin bedrijven feitelijk aanstellingskeuringen hebben laten verrichten. Ook hier blijkt de vraagstelling van grote invloed op de uitkomst. Begin van het jaar 2000 zegt 13% van de bedrijven dat men zou keuren (aanstellingskeuring of gezondheidsverklaring) als er die maand een nieuwe werknemer in dienst zou treden en nog eens 12% zegt dat het 'er vanaf zal hangen'. In werkelijkheid lieten de bedrijven in kwestie in 5,5% van de gevallen het jaar ervoor een medische aanstellingskeuring uitvoeren (SZW, 2000). Dit laatste getal ligt met name hoog in de vervoerssector (46,8%), de procesindustrie (13,6%) en de niet-commerciële dienstverlening (13,3%). Opnieuw past de kanttekening dat bedrijfsgrootte per sector hier mede een rol speelt. In het volgende hoofdstuk wordt op het hier behandelde onderwerp teruggekomen aan de hand van keuringen door bedrijfsartsen. Er wordt bekeken in welke sectoren en voor welke beroepsgroepen zij die keuringen uitvoeren.

2.6.4 Vragen van werkgevers naar de gezondheid, eerder verzuim en een gezondheidsverklaring

Tijdens een sollicitatiegesprek kan een werkgever proberen om in gezondheidskundig opzicht een beeld van de geschiktheid van de sollicitant te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld door rechtstreeks te vragen naar de gezondheid, naar eerder ziekteverzuim of om een gezondheidsverklaring. Volgens artikel 4 lid 2 WMK is dit in de regel verboden. Toch worden bij 39,2% van de bedrijven tijdens een sollicitatie vragen gesteld over de gezondheid van de betrokkene en bij 23,9% wordt een vraag over eerder ziekteverzuim gesteld. Bij 2,4% van de bedrijven wordt een gezondheidsverklaring gevraagd. (Dit laatste kan onder meer noodzakelijk zijn vanwege Europese wet- en regelgeving, waarbij de wijze van uitvoering niet conform de WMK geschiedt.)
In tabel 6.6 wordt deze gegevens afgezet tegen het al dan niet medisch laten keuren ('als onderdeel van sollicitatie').

Tabel 6.6 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar al dan niet laten keuren ('onderdeel sollicitatie procedure')

	Bedrijf kent:		
	aanstellingskeuring	*aanstellingskeuring*	*geen totaal*
vragen naar/om:			
vraag naar gezondheid	44.5	39.0	39.2
vraag naar verzuim	39.2	20.9	22.9
Gezondheidsverklaring	12.6	1.0	2.4
gewogen n	120	880	1001
p- Chi^2<.001 (bij elk aspect)			

Het blijkt dat in bedrijven waar medisch gekeurd wordt, bij sollicitaties vaker vragen worden gesteld over de gezondheid en het eerdere verzuim en dat vaker naar een gezondheidsverklaring wordt gevraagd.
Tabel 6.7 geeft hiervan een beeld naar bedrijfsomvang.

Tabel 6.7 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar bedrijfsomvang

Aantal werknemers	*<10*	*10-99*	*100+*	*totaal*
vragen naar/om:				
vraag naar gezondheid	39.3	40.5	15.8	39.2
vraag naar verzuim	24.5	20.9	10.8	22.9
Gezondheidsverklaring	1.6	2.2	18.4	2.4
gewogen n	680	278	38	996
p- Chi^2 <.001 (bij elk aspect)				

Tabel 6.7 maakt duidelijk dat bedrijven met 100 of meer werknemers vaker om een gezondheidsverklaring vragen. Kleine en middelgrote bedrijven vragen tijdens een sollicitatiegesprek vaker naar de gezondheid of het verzuim van de sollicitant.

Als een optelling wordt gemaakt van de hiervoor genoemde methoden om iets van de gezondheid van een sollicitant te weten te komen, dan blijkt 53,7% van de bedrijven geen enkele van die methoden toe te passen, 28,1% één en 18,2% twee of meer (tabel 6.8).

Tabel 6.8 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
	>10	*10-99*	*100 +*	*totaal*
achterhaalt gezondheidskenmerken:				
op geen enkele manier	52.9	55.0	57.9	53.7
op één manier	27.9	27.0	39.5	28.1
op meer manieren	19.2	18.0	2.6	18.2
n gewogen	680	278	38	996
p- Chi^2 =.065				

De verschillen tussen bedrijven met een uiteenlopende omvang zijn miniem als de verschillende mogelijkheden voor het achterhalen van gezondheidskenmerken samengenomen worden (tabel 6.8). Tussen bedrijfssectoren blijken er ook amper verschillen te bestaan (tabel 6.9).

Tabel 6.9 Percentage bedrijven dat gezondheidskenmerken van sollicitanten achterhaalt naar bedrijfssector

	landb.	*indus.*	*bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dientsv.*	*Quartair*
achterhaalt gezondheids - kenmerken						
op geen enkele manier	52.7	52.1	50.0	50.7	59.5	58.8
op één manier	27.7	32.9	32.3	29.2	24.1	27.2
op meer manieren	19.6	15.1	17.7	20.1	16.4	14.0
gewogen n	185	72	61	373	194	114
p- Chi^2=.87						

2.6.5 Wanneer gaat men over tot het achterhalen van gezondheidskenmerken?

In vervolg op de vraag uit de Ctsv-lijst naar een keuring ‘als een normale procedure’, is gevraagd in welke gevallen zo’n keuring door een arts wordt uitgevoerd, bijvoorbeeld bij twijfel aan de gezondheid van de betrokkenen en/of bij functies die bijzondere eisen stellen aan de medische geschiktheid. Daarnaast werd gevraagd naar mogelijke andere gevallen waarin een medische keuring aan de orde zou zijn. Dergelijke vervolgvragen werden ook gesteld voor de gevallen waarin sprake was van vragen naar de gezondheid, het eerdere verzuim en de vraag om een gezondheidsverklaring. Tabel 6.10 geeft een overzicht van de antwoorden. Binnen de anders-categorie wordt vooral verwezen naar het bestaan van een *standaardprocedure* (‘contractueel vastgelegd’ en ‘geldt voor allen’) zonder een nadere toelichting op ‘het waarom’ van die procedure. In bepaalde gevallen wordt een specificatie gegeven van *bepaalde functies* waarbij zo’n procedure aan de orde is: alleen uitvoerenden, administratief personeel niet e.d. Zoals de lezer bekend is mag een aanstellingskeuring alleen verricht worden door een arts indien er bijzondere functie-eisen zijn geformuleerd. In de praktijk zijn werkgevers hier minder mee bekend.

Tabel 6.10 Redenen waarom bedrijven nieuw personeel medisch laten keuren door een arts, zelf vragen naar gezondheid, eerder verzuim of om een gezondheidsverklaring

	medische keuring door arts	*vraag gezondheid*	*vraag verzuim*	*gezondheids verklaring*
in geval van:				
twijfel gezondheid	18.0	19.9	34.8	-
bijzondere eisen functie	32.0	15.9	15.4	34.0
het is standaardprocedure	20.0	54.4	22.3	35.4
vanwege bepaalde functies	10.0	4.7	5.2	-
overige ‘anders’	8.0	6.0	25.3	42.9
weet niet	12.0	3.1	2.0	22.8
gewogen n	120	392	230	24

Omdat meerdere antwoorden in principe mogelijk zijn, kan het totaal boven de 100% uitkomen.

'De eisen die de functie stelt' spelen een wat grotere rol bij het laten verrichten van een medische aanstellingskeuring of gezondheidsverklaring; twijfel aan de gezondheid van een sollicitant meer bij de vraag naar eerder verzuim. In de anders-categorie bij gevallen waarin een gezondheidsverklaring wordt gevraagd, is twee maal melding gemaakt van ziektekostenverzekering en pensioenverzekering. Ook bij de gevallen waarin naar eerder verzuim wordt gevraagd is een enkele keer het kunnen afsluiten van een verzekering het argument.

Elders in de vragenlijst is ingegaan op de vraag of binnen het bedrijf de functie-vereisten schriftelijk zijn vastgelegd. In iets meer dan de helft is dat het geval; in bedrijven waar aanstellingskeuringen aan de orde zijn, iets vaker (63,6%). Dat betekent tegelijk dat in 36,4% van de bedrijven waar gekeurd wordt, de functievereisten niet op schrift staan; in bedrijven met tussen de 10 en 100 werknemers is dit zelfs 47,4%.
Bij de keuze voor het al dan niet keuren voldoet de praktijk in veel gevallen niet aan de verplichting alleen dan te keuren als functie-eisen daartoe aanleiding geven. Het lijkt er op dat er in meer dan de helft van de gevallen om andere redenen en op een andere wijze wordt gekeurd dan de WMK wil toestaan.

2.6.6 Overleg met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring

In deze paragraaf komt aan de orde in hoeverre men binnen het bedrijf met de werknemers (al dan niet via de ondernemingsraad) en/of de arbodienst heeft overlegd welke functies in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring. Overleg met de werknemers over de vraag welke functies al dan niet in aanmerking komen, vindt plaats in 5,6% van de bedrijven en overleg met de arbodienst in 8,0% van de bedrijven. Met minstens één van beide partijen voert 10,8% van de bedrijven overleg; met beide partijen slechts 2,7% (tabel 6.11).
Voor zo'n overleg is het vereist dat men schriftelijk heeft vastgelegd wat de functie-eisen van de verschillende functies in het bedrijf zijn. Het blijkt dat wanneer overleg wordt gevoerd met minstens één van beide partijen in 70% van de gevallen de functie-eisen schriftelijk zijn vastgelegd. Met name in bedrijven met minder dan 35 werknemers, vindt overleg vaker plaats zonder dat de eisen schriftelijk zijn vastgelegd. Op grond van tabel 6.11 wordt duidelijk dat bedrijfsomvang voor het al dan niet aangaan van overleg, een belangrijke rol speelt.

Tabel 6.11 Percentage bedrijven waar overleg met werknemers en/of arbodienst plaats vindt over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring, naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
	2-9	*10-99*	*100 +*	*totaal*
overleg met OR	4.4	5.1	27.8	5.6
overleg met arbodienst	4.8	11.0	42.9	8.0
overleg met OR én arbodienst	1.2	3.2	25.7	2.7
overleg met OR of arbodienst	8.1	13.0	42.9	10.8
gewogen n	608	253	35	896
p- Chi^2=.000 (elk aspect)				

Indien binnen het bedrijf gekeurd wordt kan men verwachten dat dit de animo voor overleg over functies waarvoor keuring relevant is, zal bevorderen. Het al dan niet laten verrichten van aanstellingskeuringen ('als onderdeel van de sollicitatie') blijkt inderdaad van invloed op de mate van overleg. In bedrijven die laten keuren ligt het percentage overleg met werknemers of arbodienst op 32,4% en in de overige bedrijven op 8,0%. Dit verschil geldt voor elke bedrijfsomvang, zij het dat het verband in de kleinste bedrijven zwakker is (tabel 6.12). Op grond van de gegevens in tabel 6.12 kan geconcludeerd worden dat er in bedrijven met minstens 10 werknemers waar gekeurd wordt, in heel wat gevallen overleg is met de werknemers of arbodienst over welke functies voor een aanstellingskeuring in aanmerking komen.

Tabel 6.12 Percentage bedrijven waar overleg is met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring naar het al dan niet laten verrichten van keuringen, per bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:					
	2-9		*10-99*		*100+*	
Bedrijf laat keuren→	*ja*	*nee*	*ja*	*nee*	*ja*	*nee*
overleg met OR of arbodienst	14.9	7.4	50.0	7.7	83.3	25.0
gewogen n	67	530	32	221	12	24
p- Chi^2<.001						

Tabel 6.13 toont de mate van overleg met werknemers of arbodienst over voor keuring in aanmerking komende functies, naar bedrijfssector. In de landbouwsector wordt relatief weinig overleg gevoerd.

Tabel 6.13 Percentage bedrijven waar overleg is met werknemers en/of arbodienst over functies die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring, naar bedrijfssector

	Landb	*indus.*	*Bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dientsv.*	*quartair*	*totaal*
overleg met OR of arbodienst	5.6	12.1	13.3	13.0	9.6	13.0	10.8
gewogen n	179	67	60	309	176	108	899
p- Chi^2=.16							

2.6.7 Klachtenprocedure

Een meldpunt waar een sollicitant een klacht over de sollicitatieprocedure kan indienen heeft 12,6% van de bedrijven. In bedrijven met meer dan 100 werknemers, is dit in één van de drie bedrijven het geval. Tabel 6.14 en 6.15 geven een overzicht van het voorkomen van een meldpunt binnen het bedrijf naar respectievelijk bedrijfsomvang en bedrijfssector.

Tabel 6.14 Percentage bedrijven met een meldpunt voor klachten over de sollicitatieprocedure naar bedrijfsomvang

	Aantal werknemers:			
	2-9	*10-99*	*100+*	*totaal*
meldpunt	9.9	15.0	33.0	12.8
gewogen n	608	254	36	898
p- Chi^2=.000				

Tabel 6.15 Percentage bedrijven met een meldpunt voor klachten over de sollicitatieprocedure naar bedrijfssector

	Landb.	*indus.*	*Bouw*	*handel/ horeca*	*zakelijk dienstv.*	*quartair*	*totaal*
Meldpunt	6.7	11.9	13.3	6.5	23.3	20.4	12.8
gewogen n	179	67	60	309	176	108	899
p- Chi^2=.000							

Behalve met de omvang van het bedrijf, blijkt de aanwezigheid van een meldpunt ook een samenhang te vertonen met de sector van het bedrijf: een relatief laag cijfer voor landbouw en handel/horeca, en een hoger cijfer voor de zakelijke dienstverlening en quartaire sector.
Er is ook een samenhang met het al dan niet voeren van overleg met werknemers of arbodienst rond het keuren bij bepaalde functies. Wordt zulk overleg met minstens één van beide partijen gevoerd, dan is er twee maal vaker een meldpunt in het bedrijf (21,6%) dan wanneer zulk overleg niet gevoerd wordt. Op grond van bekendheid met het onderwerp 'keuren' zou men verwachten dat in bedrijven waar gekeurd wordt, er vaker een meldpunt is. Het tegenovergestelde blijkt eerder het geval: waar gekeurd wordt is in 9,8% van de gevallen een meldpunt, elders is dit 12,7%.

2.6.8 Een door WMK verborgen gebleven arbeidshandicap

In principe is het mogelijk dat door het niet meer verrichten van aanstellingskeuringen na invoering van de WMK, niet langer vastgesteld kon worden dat iemand arbeidsgehandicapt was bij aanname. Het is in dat geval mogelijk dat de subsidiemogelijkheden van REA voor deze werkgevers ongebruikt blijven. Tijdens het interview werden als toelichting 'een plaatsingsbudget of een vergoeding voor loondoorbetaling bij ziekteverzuim' als voorbeelden van de subsidiemogelijkheden, genoemd. De vraag of de WMK verhinderde dat men kon vaststellen dat iemand arbeidsgehandicapt was, wordt door 2,4% van de bedrijven die feitelijk geworven hebben, bevestigend beantwoord; 3,6% van hen geeft aan dit niet te weten. De bedrijfsgrootte speelt hierbij geen rol.
Het geen aanspraak hebben kunnen maken op de subsidiemogelijkheden van REA, wordt door 1,3% van de bedrijven die hebben geworven, genoemd. Bij bedrijven met 100 of meer werknemers, gaat het om 2,7%.
Bedrijven die dit soort zaken signaleren, zijn overigens niet dezelfde als die eerder aangaven vanwege de WMK met keuren te zijn gestopt.

2.6.9 Conclusies geordend naar de onderzoeksvragen

Wat zijn in de praktijk de effecten van de WMK?
Het percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen door artsen laat verrichten, daalt.
Aan de hand van de vraag of een bedrijf functies heeft die bijzondere eisen stelt aan de medische geschiktheid waarbij een medische keuring onderdeel uitmaakt van een sollicitatieprocedure, wordt vastgesteld dat een aanstellingskeuring in 12% van de bedrijven in Nederland aan de orde is. Dit percentage fluctueert van 10% bij bedrijven met minder dan 10 werknemers, 14% in middelgrote bedrijven tot 32% in bedrijven met 100 of meer werknemers.
Aan de hand van de ook in 1998 en 1999 gestelde vraag of een medische keuring tot de normale sollicitatieprocedure behoort, wordt vastgesteld dat met een percentage van 7,8% het aantal bedrijven dat keurt vergeleken met 1999, vrijwel stabiel is gebleven. Dit percentage was na 1998 (invoering WMK) duidelijk gedaald. Circa 2% van de bedrijven zegt (expliciet) na invoering van de WMK met keuren te zijn gestopt. Als ook de gegevens over het aantal keurende bedrijven uit het SZW-werkgeverspanel worden bekeken, wordt voor 1999 een percentage van 5,5% feitelijk keurende bedrijven gevonden. De conclusie kan luiden dat ongeveer de helft van de bedrijven die functies hebben waarvoor een aanstellingskeuring aan de orde is, binnen het bestek van een jaar in het geval van het aantrekken van nieuw personeel feitelijk een keuring door een arts laat uitvoeren.

Zijn er niet-bedoelde effecten van de invoering van de WMK?
In sollicitatiegesprekken worden vaak vragen over de gezondheid gesteld.
Strikt genomen zijn vragen gesteld door werkgevers naar gezondheid van de sollicitant volgens de WMK verboden. Bij 46% van de bedrijven wordt tijdens sollicitatiegesprekken geprobeerd iets over de gezondheid van de sollicitant te achterhalen: door te vragen naar de gezondheid of het eerder verzuim en in enkele gevallen door te vragen om een gezondheidsverklaring. In bedrijven waar ook aanstellingskeuringen door artsen aan de orde zijn, gebeurt dit vaker.

Op welke wijze vindt de naleving van de WMK in de praktijk plaats?
Er wordt nog vaak medisch gekeurd om redenen die ingaan tegen de WMK.
Bij de keuze voor het al dan niet keuren voldoet de praktijk in veel gevallen niet aan de verplichting alleen dan te keuren als functie-eisen daartoe aanleiding geven. Zo zijn in bedrijven waar gekeurd wordt in meer dan eenderde van de gevallen de functievereisten niet schriftelijk vastgelegd. Het lijkt er op dat er in meer dan de helft van de gevallen om andere redenen wordt gekeurd dan de WMK wil toestaan. In veel gevallen is er sprake van een vaste procedure. (Dit alles geldt in nog sterkere mate voor de gevallen waarin de gezondheid (54%) of het verzuim (22%) in een sollicitatiegesprek wordt aangekaart). Wel moet opgemerkt worden dat in onderhavig onderzoek niet vastgesteld is of deze procedure getoetst is aan de eisen die voor een functie gesteld worden of dat er wettelijke, dan wel CAO bepalingen zijn die een medische keuring vereisen.

Overleg met werknemers en arbodiensten aangaande WMK niet overal gerealiseerd.
Vastgesteld wordt dat bij middelgrote en vooral grote bedrijven waar aanstellings-keuringen aan de orde zijn, er in de helft van de gevallen of vaker overleg is met de werknemers (al dan niet via de ondernemingsraad) of arbodienst over de vraag welke functies voor een aanstellingskeuring in aanmerking komen. In totaal is er overigens

slechts in 6% van de bedrijven overleg met de werknemers en in 8% van de bedrijven overleg met de arbodienst.
In een aantal bedrijven is er een meldpunt voor een klacht over een sollicitatie-procedure. Een meldpunt waar een sollicitant een klacht over de sollicitatieprocedure kan indienen, heeft 12,6% van de bedrijven. In bedrijven met meer dan 100 werknemers is dit in één van de drie bedrijven het geval. Behalve met de omvang van het bedrijf, blijkt de aanwezigheid van een meldpunt ook een samenhang te vertonen met de sector van het bedrijf: een relatief laag cijfer voor landbouw en handel/horeca en een hoger cijfer voor de zakelijke dienstverlening en quartaire sector. Niet bekend is of er bedrijven zijn die dit meldpunt niet zouden hebben als er geen WMK zou zijn.

Hoe is de afstemming met andere wetten in de praktijk?
Een klein percentage van de bedrijven maakt melding van het mislopen van REA-subsidies.
De vraag of de WMK verhinderde dat men kon vaststellen dat iemand arbeidsgehandicapt was, wordt door 2,4% van de bedrijven die feitelijk geworven hebben, bevestigend beantwoord. Het geen aanspraak hebben kunnen maken op de subsidiemogelijkheden van REA, wordt door 1,3% van de bedrijven genoemd en 2,7% van de bedrijven met 100 of meer werknemers.

2.7 Empirisch onderzoek onder bedrijfsartsen

2.7.1 Inleiding

Ten behoeve van het onderzoek naar de werking van de WMK zijn 1789 bedrijfsartsen benaderd met een post-enquête. Het doel van de benadering van bedrijfsartsen was zichtbaar te maken welke effecten de WMK direct en in samenhang met het beleid van arbodiensten, op hun handelen en denken heeft gehad.
Alle in Nederland verblijvende leden van Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) zijn aangeschreven. De NVAB had op dat moment iets meer dan 2000 leden. De NVAB[93] schat dat 300 daarvan belangstellend lid zijn (niet als bedrijfsarts werkzaam) en dat circa 90% van de in Nederland geregistreerde bedrijfsartsen lid is.[94]
De bedrijfsartsen ontvingen begin juni een pakket met een invulformulier en twee vragenlijsten. Invulling van een vragenlijst werd alleen gevraagd aan hen die op dat moment werkzaam waren als bedrijfsarts. In dat geval was er de keuze of men een vragenlijst moest invullen voor bedrijfsartsen die na 1 januari 1998 *geen* aanstellingskeuring hadden verricht of een lijst voor hen die vanaf die datum nog *wel* een aanstellingskeuring hadden verricht. In totaal stuurde 40% van de aangeschreven bedrijfsartsen de vragenlijst terug, waaronder in totaal 442 nog 'keurende' bedrijfsartsen en 211 niet (langer) keurende artsen.

2.7.1.1 Achtergrond van de bedrijfsartsen

Bedrijfsartsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten, zijn gemiddeld 2 jaar jonger en iets korter werkzaam als bedrijfsarts. Verder werken ze minder vaak voor één

93 Mondelinge mededeling van het secretariaat van het NVAB

94 De meest recente cijfers van het CBS (op ons verzoek door het CBS verstrekt) geven aan dat in 1998 bij de arbodiensten in Nederland in totaal 2.138 bedrijfsartsen en overige artsen in dienst waren. Dat zou betekenen dat met de benaderde leden van de NVAB minimaal 85% van de actieve bedrijfsartsen in Nederland is benaderd.

werkgever als klant (15% versus 27%) De conclusie is dat er geen sprake is van een apart profiel van dé keurende arts. Interviews bij arbodiensten laten zien dat inderdaad alle bedrijfsartsen in principe keuren voor hun eigen klanten (=werkgevers), hoewel er voor sommige beroepen speciale keuringsartsen zijn.
Er is een duidelijk verschil is naar de aard van sectoren (en dus de soort beroepsbeoefenaren) waarvoor keurende en niet keurende bedrijfsartsen werkzaam zijn (tabel 7.1). De keurende artsen verrichtten vooral aanstellingskeuringen voor de vervoerssector, gezondheid- en welzijnssector, de bouw en de sectoren onderwijs en overheid. Ook in bepaalde industriële sectoren (metaal en overige industrie) wordt door nogal wat bedrijfsartsen minstens één aanstellingskeuring uitgevoerd. Overigens moet men zich bedenken dat het in tabel 7.1 niet gaat om aantallen aanstellingskeuringen maar om het aantal artsen dat keurt binnen een sector. Sectoren lopen sterk uiteen qua grootte en de mate waarin binnen een sector gekeurd wordt.
Het is wel duidelijk dat in bepaalde sectoren relatief weinig aanstellingskeuringen plaats vinden. Voorbeelden zijn de overige zakelijke dienstverlening, het bank- en verzekeringswezen, communicatiebedrijven en de grafische industrie, waar in verhouding tot het aantal bedrijfsartsen dat voor deze sectoren werkt, weinig wordt gekeurd.

Tabel 7. 1 Sectoren waarvoor de bedrijfsartsen die wel en niet keuren werkzaam zijn en de sectoren waarvoor gekeurd wordt.[95]

	Sector(en) waarvoor men werkt		
	na 1998 niet keurend	**na 1998 keurend**	**keurde sinds 1998 voor**
Land- en tuinbouw, tabaksverwerkende en agrarische bedrijven	5%	7%	3%
Delfstoffenwinning	1%	3%	3%
Metaal- en elektrotechnische industrie	19%	25%	15%
Metaalnijverheid	11%	18%	12%
Grafische industrie	14%	14%	6%
Zuivelindustrie	3%	3%	1%
Voeding- en genotmiddelenindustrie	7%	14%	9%
Overige industrie	12%	24%	17%
Bouw, bouwnijverheid	11%	19%	19%
Hout- en meubelindustrie en groothandel in hout	7%	11%	5%
Vervoer (*spoorwegen, wegvervoer, luchtvaart, zeevaart/koopvaardij)*	6%	25%	30%[96]
Haven- en aanverwante bedrijven, binnenscheepvaart en visserij	-	3%	5%
Bank- en verzekeringswezen	21%	13%	5%
Horeca	3%	10%	2%
Detailhandel	15%	5%	3%
Groothandel	8%	11%	3%
Communicatiebedrijven	4%	14%	3%
Overige zakelijke dienstverlening (*ingenieurs-, reis-, uitzendbureaus, e.d.)*	23%	25%	7%
Schoonmaakbedrijven	16%	9%	3%
Sociale werkplaatsen	8%	7%	4%
Overheidsdiensten openbaar bestuur (*rijk, provincie, gemeente*)	26%	39%	2%
Onderwijs	15%	30%	10%
Gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, welzijnszorg	30%	42%	30%
Sociaal-culturele en culturele instellingen, sport en recreatie	9%	12%	2%
Researchinstellingen en overige sociale organisaties	3%	7%	3%
n=	02	419	419

2.7.2 De WMK en de beroepspraktijk van bedrijfsartsen

Aan keurende en niet keurende artsen zijn vragen gesteld die verwijzen naar ervaringen die zij de afgelopen tijd rond aanstellingskeuringen en de WMK hebben opgedaan. Daarover wordt in deze paragraaf gerapporteerd. In paragraaf 7.2.2 wordt ingegaan op de redenen om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen. In paragraaf 7.2.3 gaat het over de invloed van de WMK op de praktijk van het werken van de bedrijfsarts, over risicoselectie door bedrijven en door werkgevers eventueel gehanteerde vormen van gezondheidsscreening. In deze paragraaf gaat het ook over

95 Gemiddeld werkt een bedrijfsarts voor tussen de drie en vier sectoren en keurt binnen iets meer dan twee sectoren zodat percentages in tabel 7.2 niet optellen tot 100%.. De aantallen waarover het in deze en andere tabellen gaat fluctueren onder invloed van het aantal personen dat een bepaalde vraag al dan niet beantwoordde.

96 Het kan voorkomen dat het percentage bedrijfsartsen dat vanaf 1998 keurde voor een sector, hoger ligt dan het percentage keurende artsen dat aangeeft nu voor diezelfde sector te werken (bijvoorbeeld bij de sector 'vervoer'). Een verandering van de sector(en) waarvoor men in de loop van tijd is gaan werken, ligt hieraan ten grondslag.

het aantal artsen dat na 1 januari 1998 het doen van een aanstellingskeuring geweigerd heeft. Tot slot wordt in paragraaf 7.2.4 ingegaan op het beleid dat de bedrijfsarts en/of arbodienst (in relatie tot werkgevers) rond de WMK heeft ontwikkeld.

2.7.2.1 Redenen om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen

Van 181 bedrijfsartsen is bekend waarom ze na 1 januari 1998 gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen. De reden om te stoppen met het verrichten van aanstellingskeuringen is naar opgave van de artsen zelf:

- 101 maal (56%) expliciet de invoering van de WMK of de vermelding dat sinds 1998 functies niet meer in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring;
- 28 maal (15%) het ontbreken van een aanbod aan keuringen door werkgevers, zonder directe verwijzing naar de invoering van de WMK;
- 46 maal (25%) het feit dat keuringen niet meer op het huidige werkterrein liggen of door een ander binnen de dienst of een andere instantie worden uitgevoerd;
- 6 maal (3%) een andere reden die in de meeste gevallen verband houdt met een eigen opvatting over het nut (i.c. de nuttelоosheid) van keuren.

Als de eerste twee categorieën geïnterpreteerd worden als ‘een nieuw beleid na 1 januari 1998’, dan speelt zo’n nieuw beleid bij 71% van de artsen die met keuren gestopt zijn.

2.7.2.2 De invloed van de WMK voor de praktijk als bedrijfsarts en het gedrag van werkgevers

In beide vragenlijsten, is allereerst gevraagd naar de bekendheid van de bedrijfsarts met de strekking van de WMK. Artsen die nog keuren achten zich een fractie beter op de hoogte dan niet keurende artsen, maar vrijwel allen zijn minstens in grote lijnen op de hoogte van de strekking van de WMK (tabel 7.2).[97]

Tabel 7. 2 Bekendheid met de strekking van de WMK onder keurende en niet keurende artsen

Op de hoogte van de WMK?	nee, amper	grote lijnen	goed
keurende artsen	1%	38%	61%
niet keurende artsen	2%	42%	55%

In vervolg op de vraag naar de bekendheid met de wet is gevraagd naar de invloed ervan op de praktijk van het werken als bedrijfsarts. In totaal 67% van de artsen die nu niet keuren geeft aan deze invloed ervaren te hebben. Die ervaren invloed geldt in nog grotere mate voor artsen die wel zijn blijven keuren na 1998; 87% van hen heeft een invloed van de WMK ondervonden (tabel 7.3).

[97] De vragen die in deze paragraaf behandeld worden zijn door vrijwel alle artsen in beide groepen beantwoord. Het aantal artsen dat de gevraagde toelichting op het gegeven antwoord heeft gegeven ligt in de orde van 75%.

Tabel 7.3 De ervaren invloed van de WMK op de praktijk van werken van de bedrijfsartsen

	WMK invloed op praktijk bedrijfsarts	
	nee	ja
keurende artsen	13%	87%
niet keurende artsen	33%	67%

In toelichting op hun antwoord op deze vraag, noemen vrijwel alle artsen een drastische afname van het aantal aanstellingskeuringen of het volledig stopzetten van de keuringspraktijk. Een grote meerderheid ziet dit als een voordeel omdat nu gerichter, niet meer in het wilde weg gewerkt kan worden en onzinnig werk verdwenen is. Een aantal maal wordt vermeld dat de nieuwe praktijk aansluit bij de overtuiging en werkwijze die men zelf al had. Ook is er soms een toon van spijt omdat hiermee 'een cashcow vermoord' is, zoals iemand opmerkt. Een aantal artsen noemt het intrede-onderzoek als alternatief voor de aanstellingskeuring, ook om te ondervangen dat je anders de mensen niet meer ziet. Dit laatste wordt door enkele artsen als een nadeel van het niet meer keuren genoemd.

Slechts enkele artsen signaleren een ander nadeel van de WMK: de onmogelijkheid van risicowering waardoor het verzuim- en WAO-risico zouden zijn toegenomen. Door een aantal nu nog keurende artsen wordt opgemerkt dat de richtlijnen voor het keuren lang op zich hebben laten wachten en dat er een te lange periode van onzekerheid is geweest.[98] Gevraagd is of de WMK in de praktijk van de arts heeft geleid tot een vermindering van selectie op gezondheid door werkgevers. De antwoorden staan vermeld in tabel 7.4.

Tabel 7. 4 Minder selectie op gezondheid door WMK in praktijk van bedrijfsartsen

	Bij werkgevers nu minder selectie op gezondheid?		
	nee	ja	onbekend
keurende artsen	31%	46%	23%
niet keurende artsen	39%	28%	32%

De meningen blijken verdeeld. Bovendien geven nogal wat bedrijfsartsen aan het gewoon niet te weten.
De keurende artsen signaleren wat vaker een afgenomen risicoselectie dan de niet keurende artsen.
In de gevraagde toelichting op het gegeven antwoord weerspiegelt zich de verdeeldheid die ook uit de cijfers blijkt: sommigen zien in het teruglopen van het aantal aanstellingskeuringen (logischerwijs) een vermindering van risicoselectie, anderen zijn daarover sceptisch en vermoeden dat werkgevers langs andere weg (bij sollicitatie of door middel van een tijdelijk contract) een vorm van selectie op gezondheidsrisico's hebben gevonden. Daarmee zou tevens het medisch oordeel vervangen zijn door een 'lekenblik'. Regelmatig wordt overigens ter relativering opgemerkt dat bij de aanstellingskeuring relatief weinig mensen werden afgekeurd, enkelen geven (zonder nadere motivatie) aan dat op dit moment helemaal niemand meer afgekeurd zou worden.

98 De algemene richtlijn aanstellingskeuring (ARA), uitgebracht door SKB/BOA verscheen anderhalf jaar na het in werkingtreden van de WMK.

Er is, zoals gezegd, onzekerheid over de uitwerking van de WMK. De één ziet dat er nu meer mensen in dienst worden genomen die niet geschikt zijn voor de functie; anderen zien de WMK als aanleiding tot een zinniger kijk op personeelsselectie. Enige malen wordt opgemerkt dat bij de betreffende arbodienst vóór de WMK ook al volgens de normen van de WMK gekeurd werd en daardoor in hun geval de risicoselectie de facto niet is afgenomen.
Een enkele maal wordt de krappe arbeidsmarkt genoemd als argument waarom de selectie op gezondheid door werkgevers niet de (grote) vorm krijgt die deze zonder de WMK had kunnen aannemen.
In antwoord op de vorige vraag werd door de respondenten al gehint naar andere wegen om achter mogelijke gezondheidsproblemen van sollicitanten te komen. Tabel 7.5 laat zien wat het antwoord van de bedrijfsartsen op een concrete vraag hiernaar is.

Tabel 7.5 Bekendheid met bepaalde methoden van werkgevers om op gezondheidsrisico's te screenen

	Andere screening door werkgevers op gezondheidsrisico's		
	nee	ja	onbekend
keurende artsen	40%	29%	31%
niet keurende artsen	37%	27%	36%

Ook op dit punt zijn er verschillende meningen, voor zover de betrokkenen voldoende concrete kennis hebben om een mening te kunnen geven. Degenen die menen dat werkgevers nu zelf screenen vermoeden dat het sollicitatiegesprek nu vaker wordt aangegrepen om ook de gezondheidstoestand van de sollicitant aan te kaarten of referenties op dat punt in te winnen. Ook zouden er in enkele gevallen vragenlijsten van eigen (bedrijfs)makelij in omloop zijn. Soms wordt de arbodienst hier vervolgens bij betrokken voor nadere informatie en advies. Ook worden met enige regelmaat tijdelijke dienstverbanden genoemd als mogelijkheid 'de kat uit de boom te kijken'.
Artsen die 'nee' antwoorden op de vraag naar screeningsmethoden van werkgevers, lichten dat toe door op te merken dat dit soort eigen screeningsmethoden bij hun werkgevers niet voorkomen. Een enkele arts vindt dat de WMK het medisch oordeel heeft doen vervangen door de lekenblik.
Redelijk wat artsen blijken in een overgangperiode na invoering van de WMK een discussie te hebben moeten voeren met werkgevers naar aanleiding van verzoeken voor het doen van aanstellingskeuringen. Dat bood naar mededeling van de artsen, vaak een goede gelegenheid de intentie van de WMK en de effecten daarvan op het al dan niet verrichten van aanstellingskeuringen uit te leggen.

Tabel 7.6 Ooit een verzoek van een keuringvrager voor een aanstellingskeuring geweigerd

	Ooit aanstellingskeuring geweigerd?	
	nee	ja
keurende artsen	43%	57%
niet keurende artsen	63%	37%

De weigering van het keuringsverzoek blijkt bij de toelichting op het gegeven antwoord, in het overgrote deel van de gevallen voort te komen uit onvoldoende gespecificeerde functie-eisen en in enkele gevallen uit oneigenlijke gronden, als bij de sollicitant een gezondheidsprobleem vermoed wordt. Expliciet worden in dit verband administratieve

functies genoemd. Bij de keurende artsen is er ter toelichting op een weigering, in 13 gevallen sprake van een te late aanvraag, omdat de betrokkene (soms via een uitzendbureau) al te werk was gesteld. Wat betreft dit laatste kan hieraan toegevoegd worden dat uit de interviews blijkt dat arbodiensten hier beleid voor hebben. ArboNed heeft als beleid dat zij in geval van een uitzendkracht bij omzetting van tijdelijk naar vast contract niet keuren als iemand zonder medische problemen het werk 3 maanden of langer heeft gedaan. Indien een werkgever een tijdelijke kracht in dienst neemt voor een functie waarvoor een aanstellingskeuring geldt, zal ArboNed bij indiensttreding wel keuren. ArboUnie Dordrecht keurt geen mensen meer die al in dienst zijn van een werkgever, ook niet als een tijdelijk contract over gaat in vast contract. ArboUnie Dordrecht heeft geen termijn vastgelegd zoals ArboNed.

2.7.2.3 Het beleid van werkgevers en arbodiensten

Hebben de werkgevers functie-eisen schriftelijk vastgelegd, is er met hen overleg over functies die wel of niet in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring en worden werknemers daarbij betrokken? Tabel 7.7 geeft de antwoorden die keurende en niet (meer) keurende bedrijfsartsen op deze vragen gaven.

Tabel 7.7 Afspraken met werkgevers rond de WMK

	Met hoeveel bedrijven afspraken:			
	alle	een aantal	geen	?
Keurende artsen (n=410)				
wg's functie-eisen op schrift	28%	59%	10%	4%
bespreken met wg's functies aanst.keur.	41%	53%	6%	1%
betrokkenheid wn's bij functies aanst.keur.	15%	35%	31%	19%
Niet (meer) keurende artsen (n=184)				
wg's functie-eisen op schrift	20%	42%	31%	7%
bespreken met wg's functies aanst.keur.	25%	44%	25%	6%
betrokkenheid wn's bij functies aanst.keur.	13%	17%	51%	19%

De gegevens laten zien dat nog lang niet met alle werkgevers afspraken zijn gemaakt over de functies die voor een aanstellingskeuring in aanmerking komen. De betrokkenheid van werknemers daarbij is nog gering. In veel gevallen zijn (als voorwaarde voor het maken van afspraken) de functie-eisen nog niet op schrift gesteld. Deze gegevens komen in grote lijnen overeen met wat in de interviews met vertegenwoordigers van arbodiensten naar voren kwam. Werkgevers worden door hun bedrijfsartsen geïnformeerd over de WMK en wat daarvan de gevolgen zijn voor het keuren van nieuw personeel. In de praktijk blijkt dat de intentie om met werkgevers tot overleg te komen over aan te wijzen functies, nog niet in alle gevallen gerealiseerd is. De geïnterviewden signaleren grote verschillen tussen werkgevers: zij die alles al geregeld hebben, inclusief het op schrift vastleggen van functie-eisen, en werkgevers die nog niet zover zijn of zelfs nog niets gedaan hebben.
Het is te begrijpen dat waar artsen niet meer keuren, het overleg met werkgevers trager op gang is gekomen. De betrokkenheid van werknemers bij de vaststelling van functies is duidelijk nog niet overal geregeld. Veel artsen blijken op dit punt niet altijd goed geïnformeerd, ook onder artsen die aanstellingskeuringen uitvoeren.
Sinds september 1999 is het WMK-beleid van de arbodienst onderdeel geworden van de certificering. In tabel 7.8 staat weergegeven hoe ver de ontwikkeling van beleid rond de WMK op het niveau van de arbodienst, is gevorderd.

Tabel 7.8 Het beleid van arbodiensten r ond de WMK

	Keurende artsen			*Niet (meer) keurende artsen*		
	nee	ja	?	nee	ja	?
Beleid arbodienst:						
bespreken WMK met wg's	16%	64%	18%	17%	62%	21%
vaststellen functie-eisen	11%	77%	12%	13%	71%	16%
keuze wel of niet keuring	12%	77%	11%	11%	74%	14%
inhoud keuring	14%	76%	10%	14%	76%	10%
klachtenprocedure	4%	86%	11%	12%	74%	13%

De gegevens uit tabel 7.8 laten zien dat er op het niveau van het beleid van de arbodienst niet veel verschil is tussen keurende en niet keurende bedrijfsartsen. Op de meeste punten heeft driekwart van de diensten een beleid geformuleerd. Opvallend is dat nogal wat bedrijfsartsen niet goed op de hoogte zijn van het beleid van de eigen dienst.

2.7.3 Aanstellingskeuringen in de jaren 1998 en 1999

In deze paragraaf gaat het exclusief over artsen die na 1 januari 1998, het moment van invoering van de WMK, nog keuringen hebben verricht. Er wordt een overzicht gegeven van aantal keuringen, de beroepen waarvoor in 1998 en 1999 aanstellings-keuringen verricht werden, over het resultaat van deze keuringen in termen van geschiktheid van de keurling voor de functie, kenmerken van de keuring en de door de arts bij de keuring gevolgde werkwijze. Omdat veel van de huidige vragenlijst is overgenomen uit een vragenlijst die in 1987 gehanteerd werd, kan door vergelijking met de toestand toen, een blik 'over de jaren' geworpen worden.

2.7.3.1 Aantallen keuringen

Door de in totaal 442 keurende artsen in dit onderzoek zijn in 1998 zo'n 19.600 aanstellingskeuringen verricht en in 1999 wat minder, namelijk 18.700.[99] Deze berekening van het aantal aanstellingskeuringen over 1998 en 1999 komt neer op een afname tussen beide jaren van rond 5%.

Het gevonden aantal keuringen dient te worden opgehoogd voor 40% non-respons (met dus de aanname dat de niet reagerende artsen hetzelfde 'keurgedrag' vertonen) en met het geschat aantal aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen die keuren maar geen lid zijn van de NVAB (ongeveer 20%). Met deze toevoeging komt de schatting van het aantal aanstellingskeuringen in Nederland in 1999 uit op tussen de 56.000 en 70.000.[100]

De schatting die Lourijsen e.a. (1993) voor 1987 maakten, kwam uit op 334.461 aanstellingskeuringen. In tabel 7.9 staat een overzicht van de beroepen waarvoor gekeurd wordt.

---

[99] Deze getallen zijn gebaseerd op een vraag naar verrichtte keuringen in 1998 en 1999 in de klassen:0, 1-4, 5-9, 10-49, 50-99 en 100 en meer. Voor de totaalberekening is gebruik gemaakt van klassengemiddelden. Voor de categorie '100 en meer' is een schatting gemaakt op basis van de gegevens over het resultaat van de keuring waar wél naar exacte aantallen gevraagd werd. Deze vraag is echter vrij slecht ingevuld en beslaat bovendien 1998 én 1999, zodat de antwoorden ongeschikt zijn voor een accurate berekening van aantallen keuringen in 1998 en 1999.

[100] Deze schatting komt overeen met schattingen die langs andere weg worden verkregen (zie hoofdstuk 8).

Tabel 7.9 Beroepen waarvoor keurende artsen aanstellingskeuringen verrichten (N=413)

functies/beroepen		
kraanmachinisten	73	17%
chauffeurs in het personen- en beroepsgoederenvervoer	188	43%
brandweerlieden	116	26%
politiepersoneel (en militairen)	51	12%
werknemers die duikarbeid, caissonarbeid of overige arbeid onder overdruk verrichten	39	9%
bewaarder penitentiaire inrichtingen (en bewaker/beveiligers)	53	12%
controleur gevaarlijke stoffen (*KCGS*)	8	2%
diverse functies in het luchtverkeer (*waaronder vlieger, luchtverkeersleider, vlieginstructeur*)	7	2%
Functies met intensief patiëntencontact	112	25%
Functies in de voedingsindustrie	58	13%
bodemsaneringwerkers (*grondwerkers, machinisten, chauffeurs, uitvoerders, monteurs materieeldienst, bronbemalers*)	89	20%
asbestwerkers	56	13%
persluchtdragers	133	30%
uit de rubriek 'anders'		
ambachtelijke functies in industrie en bouw	63	13%
vigilantietaken	21	5%
administratief/magazijnwerk	8	4%
diverse contactueel	15	4%
werk met stralingsgevaar	13	3%
onderwijs	9	2%
Post	8	2%
spoorwegen	7	2%
groenvoorziening	7	2%
schoonmaak	7	2%
vuilnisdienst	5	1%
horeca/detailhandel	2	0.5%
"zware functies e.d."	6	4%
Overig	5	1%

De topvijf van beroepen waarvoor gekeurd wordt, bestaat uit chauffeurs (43% van de artsen keurt hiervoor), persluchtdragers (30% van de artsen), brandweerlieden (26% van de artsen), functies met intensief patiëntencontact (25% van de artsen) en bodemsaneringwerkers (20% van de artsen). Uit de rubriek 'overige beroepen' komen vooral de fysiek zware beroepen in de industrie naar voren (13% van de artsen).

2.7.3.2 Het resultaat van de keuring

Van in totaal tweederde van de bedrijfsartsen zijn eenduidige gegevens beschikbaar over het resultaat van de aanstellingskeuring. Van alle keurlingen wordt gemiddeld 4 op de honderd personen 'beperkt medisch geschikt' verklaard en 5 op de honderd keurlingen 'medisch ongeschikt' verklaard dan wel wordt terugtrekking uit de procedure geadviseerd. Binnen deze groep artsen werden aldus 483 keurlingen voor de betreffende functie afgekeurd, waarvan 314 afkeuringen (65%) en 169 adviezen zich terug te trekken (35%). 'Echte afkeuringen' vinden dus plaats met een frequentie van 3 op 100 keurlingen.

Als deze keuringsresultaten worden vergeleken met de situatie in 1987, dan blijken in de meest recente periode keurlingen vaker 'beperkt medisch geschikt (van 3 naar 4 nu) en 'medisch ongeschikt' (van 2 naar 5) te worden verklaard. Misschien dat door het gericht keuren op indicatie van functie-eisen, een scherper criterium is gevonden

waardoor de beslissing of de keurling al dan niet geschikt is, eenvoudiger te nemen is. Aan de andere kant moet men zich realiseren dat de functies waarvoor nu gekeurd wordt anders van samenstelling zijn dan in 1987; *gemiddeld* worden nu hogere eisen gesteld aan de functies waarvoor gekeurd wordt dan in 1987. Voor een echt goede vergelijking met 1987 zouden keuringsresultaten van vergelijkbare functies met elkaar vergeleken moeten worden. Een vraag die niet beantwoord kan worden is of, en zo ja hoe vaak, vóór 1998 mensen werden afgekeurd voor functies waarvoor nu geen aanstellingskeuring meer nodig is.
Heeft de keuring effect op de aard van de werkplek? Bij 36% van de artsen volgt 'soms' en bij slechts 2 artsen 'vaak' het advies op grond van de resultaten van de keuring de werkplek/functie aan te passen om de keurling in dienst te nemen. De overige 63% van de artsen geeft dit soort adviezen nooit. Artsen die ooit een keurling beperkt medisch geschikt verklaarden, gaven in wat grotere getale (50%) 'soms' zo'n advies.

2.7.3.3 Kenmerken van de keuring

In deze paragraaf worden onderwerpen behandeld die soms eerder al in globale zin aan de orde kwamen maar nu rechtstreeks in verband worden gebracht met concreet verrichte aanstellingskeuringen
Bekendheid met de functie-eisen en de specifieke arbeidsomstandigheden behorend bij de functie waarnaar de keurling solliciteert, is van belang. Immers de functie-eisen moeten het richtsnoer zijn bij de beslissing al dan niet tot een aanstellingskeuring over te gaan.
Het blijkt dat bij 39% van de artsen bij een concrete aanstellingskeuring de functie-eisen niet altijd schriftelijk vastliggen (tabel 7.10). Toch zijn in meer gevallen de arbeidsomstandigheden van de functie waarvoor de keurling gekeurd wordt blijkbaar anderszins, bij de bedrijfsarts bekend. Is men niet altijd op de hoogte, dan informeert 35% naar de functie-eisen alleen als de bevindingen daartoe aanleiding geven en 11% informeert daarnaar in het geheel niet. Het aantal artsen dat zich dus niet altijd vooraf op de hoogte stelt van functie-eisen, ligt daarmee op 73 (17% van de keurende bedrijfsartsen). Het zich niet altijd op de hoogte stellen van functie-eisen blijkt niet toe te schrijven te zijn aan het aantal keuringen dat men verricht; dat ligt voor deze artsen op hetzelfde niveau als gemiddeld.

Tabel 7.10 Op de hoogte van arbeidsomstandigheden van keurling via. functieomschrijving e.d.

arbeidsomstandigheden zijn (n=429):	altijd	meestal	soms	nooit
schriftelijk vastgelegd	44%	34%	16%	6%
bij keuring bekend	61%	28%	8%	2%

als niet 'altijd' bekend' (n=167):	ja	nee	alleen op grond van bevindingen
navraag omstandigheden	55%	11%	34%

Welke rol spelen de functie-eisen? Voor de inhoud van de keuring geldt dat bij 71% functie-eisen 'altijd' en bij 19% 'meestal' een rol spelen; slechts 10% zegt 'soms' of 'nooit' (tabel 7.11). In 1987 lag het percentage artsen dat de functiebeschrijving slechts 'soms' of 'nooit' van invloed achtte op de inhoud van de keuring, nog op 32%.
Gaat het om de wijze waarop de keurling wordt beoordeeld, dan zegt 84% van de artsen dat de functie-eisen 'altijd' of 'meestal' een rol spelen: 16% zegt 'soms' of 'nooit' (was in 1987 23%).

Tabel 7.11 Invloed van functie-eisen op aanstellingskeuring (n=413)

	altijd	meestal	soms	nooit
functie-eisen van invloed op inhoud	71%	19%	6%	4%
functie-eisen van invloed op beoordeling	66%	18%	7%	9%

Keuren voor meer dan één functie tegelijk komt bij 5% van de bedrijfsartsen voor. Het komt bij 13% van de artsen voor dat deze op verzoek van een keuringvrager een keurling keurde die spontaan iets over de gezondheid had vermeld, zonder dat er voor de functie, eisen beschreven waren.

Tabel 7.12 'Bijzondere' keuringen (n=411)

	nee	ja
Het verzoek een keurling voor meer functies te keuren	95%	5%
Keuring na 'spontane' melding over gezondheid	87%	13%

Gevraagd is hoe vaak het voorkwam dat de keuring alleen bestond uit een gezondheidsverklaring van de keurling zelf. In een ruime meerderheid van de gevallen (87%) gebeurt dat 'nooit' of maximaal 'soms' aan de orde. Bij 13% van de bedrijfsartsen die na 1998 keuringen verrichtten, bestond de keuring 'meestal' alleen uit een gezondheidsverklaring van de keurling zelf. Bedrijfsartsen die (onder andere) keuren voor de sector 'gezondheidszorg' geven vaker (37%) aan 'meestal' met een gezondheidsverklaring te volstaan.

2.7.3.4 De werkwijze bij de keuring, standaarden en richtlijnen

In de vragenlijst worden vijf terreinen genoemd waarop een standaardwerkwijze mogelijk is: al of niet keuren, de inhoud ervan, de beoordeling van de resultaten, de wijze van mededelen aan de keurling en keuringvrager (7.13). Van de artsen heeft 61% op alle genoemde onderdelen een standaardwerkwijze. Meer dan driekwart van de bedrijfsartsen volgt een standaardwerkwijze bij de beslissing al dan niet een aanstellingskeuring uit te voeren. De wijze van mededelen is vrijwel altijd vooraf gestandaardiseerd; relatief iets minder gestandaardiseerd is de beoordeling van de resultaten van de keuring.

Tabel 7.13 Standaarden en richtlijnen bij de aanstellingskeuring (n=399)

volgt standaardwerkwijze voor:	nee	ja
al dan niet keuren	21%	79%
inhoud keuring	13%	87%
beoordeling resultaten	24%	76%
wijze mededeling keurling	9%	91%
wijze mededeling keuringvrager	5%	95%
alle 5 onderdelen 'ja'	39%	61%

werkt met richtlijn voor :	nee	ja
doel keuren	16%	84%
inhoud keuring	10%	90%
beoordeling resultaten	18%	82%
wijze mededeling	10%	90%
alle 5 onderdelen 'ja'	32%	68%

richtlijnen onvoldoende voor:	nee	ja
doel keuren	88%	12%
inhoud keuring	82%	18%
beoordeling resultaten	75%	25%
wijze mededeling	92%	8%
minstens één maal onvoldoende:	71%	29%

richtlijnen van:	nee	ja
keuringvrager	82%	18%
eigen arbodienst	26%	74%
NVAB	73%	27%
KNMG (protocol 1996)	61%	39%
BOA/SKB (ARA 1999)	62%	38%
anders	82%	18%
n=399		

In het verlengde van het gegeven dat de beoordelingen van keuringsresultaten minder vaak volgens een bepaalde standaard plaats vinden, vindt een kwart van de bedrijfsartsen de huidige richtlijnen 'onvoldoende' voor de beoordeling van keuringsresultaten. Voor de bepaling van de inhoud van de keuring vindt 18% van de artsen de richtlijnen nog onvoldoende. Het doel van de keuring en de wijze waarop de keuringsuitslag wordt medegedeeld, liggen volgens de meeste artsen voldoende in richtlijnen vast. Driekwart van de artsen volgt de richtlijnen die zijn opgesteld door de arbodienst, 18% (ook) die van de keuringvrager. De richtlijnen van de KNMG en BOA/SKB worden gevolgd door rond 38% van de artsen; die van de NVAB door 27%. De mate waarin men richtlijnen onvoldoende vindt hangt niet samen met het aantal of de soort richtlijnen die men volgt. Bij de getallen die aangeven dat men richtlijnen van de KNMG (protocol aanstellingskeuringen) en de BOA/SKB (de ARA) volgt, kan sprake zijn van een onderschatting. Richtlijnen van een arbodienst kunnen immers afgeleid zijn van die van de KNMG en BOA/SKB (zoals bijvoorbeeld bij ArboNed, AMG, ArboUnie Dordrecht) zonder dat het bekend is bij de bedrijfsarts.

2.7.3.5 Misverstanden met keuringvrager en arbodienst

Bijna de helft van de bedrijfsartsen maakt melding van 'misverstanden' met keuringvragers over aanstellingskeuringen: bij 19% vanwege al of niet keuren en bij in totaal 24% om de inhoud van de keuring (tabel 7.14). Het gaat in het merendeel van de gevallen om dezelfde artsen die elders in de vragenlijst aangaven ooit geweigerd hebben een verzoek voor een aanstellingskeuring te honoreren. Dit gegeven verwijst dus opnieuw naar de aanloopsituatie na 1998 waarin werkgevers bekend moesten raken met en moesten wennen aan de implicaties van de WMK. Misverstanden tussen arts en arbodienst wordt genoemd door 16% van de artsen. Door 7% worden misverstanden genoemd over wel of niet keuren en 12% meldt misverstanden over de inhoud van de keuring

Er blijkt sprake van een samenhang tussen dergelijke misverstanden en de mate waarin men de richtlijnen onvoldoende acht. Vindt men één of meer van de richtlijnen onvoldoende dan signaleert 59% van de arts misverstanden met de keuringvrager en 25% met de arbodienst. Vindt men de richtlijnen op geen enkel punt onvoldoende dan gaat het om respectievelijk 38% (misverstand met keuringvrager) en 10% (met arbodienst). Heldere richtlijnen lijken te helpen om misverstanden te voorkomen.

Tabel 7.14 Misverstanden met keuringvragers en arbodiensten rond keuringen

		nee	*ja*
misverstand met keuringvrager (n=409):		64%	46%
over:	functies waarvoor keuren	82%	18%
	inhoud	76%	24%
	wie info	82%	12%
	tijdstip keuring	81%	19%
	anders	91%	9%
misverstand met arbodienst (n=406):		85%	15%
over:	functies waarvoor keuren	93%	7%
	inhoud	88%	12%
	wie info	97%	3%
	tijdstip keuring	96%	4%
	anders	96%	4%

2.7.3.6 Het informeren van de keurling

In het geval dat de bedrijfsarts de keurling niet informeert over het doel van de aanstellingskeuring, wordt door de keuringvrager en/of arbodienst informatie verstrekt. Slechts bij 12 bedrijfsartsen wordt er niemand genoemd die de keurling vooraf informeert. De keurling dient van te voren op de hoogte te zijn van het hoe en waarom van de aanstellingskeuring. Het blijkt dat in het overgrote deel van de gevallen de bedrijfsarts die introductie voor zijn rekening neemt. Informatie over de rechten en plichten die een keuring voor de keurling met zich mee brengt, wordt echter door slechts tweederde van de bedrijfsartsen gegeven. In vergelijking met 1987 ligt het aantal artsen dat de keurling informeert over de diverse aspecten in 2000, per aspect rond 20% hoger.

Tabel 7.15 Informeren van keurling over hoe en waarom van keuring (n=437)

arts brengt keurling vooraf op de hoogte van:	nee	ja
doel keuring	13%	87%
inhoud	18%	82%
aspecten van functie	20%	80%
rechten en plichten van keurling	36%	64%

wie anders informeert keurling:	nee	ja
arbodienst	66%	34%
keuringvrager	30%	70%
anderen	93%	7%
niet bekend	85%	15%

2.7.3.7 Het doel van de aanstellingskeuring

Wat ziet de bedrijfsarts als het doel van een aanstellingskeuring?
In tabel 7.16 staat een aantal mogelijke doelen en de wijze waarop daar door de artsen op gereageerd is. In het rechterdeel van de tabel worden de resultaten vergeleken met onderzoek uit 1988 (Lourijsen e.a., 1993).

Tabel 7.16 Doelen van de aanstellingskeuring aangegeven door bedrijfsartsen in 2000 met een vergelijking met de resultaten van onderzoek dat in 1988 onder bedrijfsar tsen werd uitgevoerd (in cursief).

	altijd	meestal	soms	nooit	*altijd+meest*al	
doelen aanstellingskeuring:					*2000*	*1988**
opstellen arbeidsgrafiek/belastbaarheidprofiel	6	9	20	63	*15%*	*26%*
beoordelen belastbaarheid	42	25	14	20	*66%*	*73%*
beoordelen geschiktheid persoon	66	15	4	25	*81%*	*90%*
beoordelen functie medisch geschikt voor persoon	66	15	7	13	*81%*	*74%*
beoordelen risico's indienstneming voor werkgever	3	4	20	72	*7%*	*40%*
vaststellen uitgangswaarden	20	17	29	34	*37%*	*67%*
kennismaken met arbozorg	34	20	18	28	*54%*	*71%*
voorkomen risico's gezondheid kandidaat	50	27	15	8	*77%*	*83%*
voorkomen risico's gezondheid voor anderen	36	18	29	17	*54%*	*64%*
voldoen wettelijke verplichtingen/CAO	25	20	30	25	*45%*	*53%*
opname pensioenfonds/collectieve verzekering	2	1	11	86	*3%*	*52%*
beoordeling noodzaak arbeidsvoorzieningen (b.v. REA)	6	3	32	59	*9%*	-
					n=430	n=149

* Bron: Lourijsen e.a., 1993

Er is tegenwoordig minder dan in 1988 sprake van het onderschrijven van de volgende doelen:

- het beoordelen van risico's van het indienstnemen voor werkgever;
- het vaststellen van uitgangswaarden;
- opname in pensioenfonds/collectieve verzekering.

Ondanks het feit dat dergelijke percentages teruglopen, ziet nog altijd 34% voor alle keuringen als doel een kennismaking met de arbodienst, 20% het vaststellen van uitgangswaarden, en 17% het opstellen van een arbeidsgrafiek. Die aspecten lijken eerder bijkomend dan dat zij als doelen zouden kunnen worden aangemerkt. Een aanvullende opmerking is hier op zijn plaats. Binnen de bouwsector vindt bij werknemers die voor het eerst in de bouwsector komen te werken op een functie waarvoor een aanstellingskeuring nodig is, een keuring plaats. Deze keuring is inhoudelijk gelijk aan een intredekeuring. De keuringsgegevens worden dan ook gebruikt als een nulmeting. Inmiddels niet meer toegestane praktijken als 'beoordelen risico's in dienst nemen voor werkgever' en 'opname pensioenfonds/collectieve verzekering' worden bijna niet meer als doelen genoemd.

2.7.3.8 De onderdelen van een aanstellingskeuring

In schema 1 staan de onderdelen die deel kunnen uitmaken van een aanstellingskeuring. In de linkerkolom staat weergegeven welke onderdelen altijd of meestal worden uitgevoerd. In de rechterkolommen staat wat de reden (indicatie) was om dat onderdeel uit te voeren.

Een schriftelijke of mondelinge anamnese, een algemeen oriënterende anamnese of anamnese gericht op orgaansystemen of aandoeningen uit het verleden, vormen een vrij vast onderdeel van de aanstellingskeuring. Dat geldt ook voor het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen. Andere mogelijke onderdelen zoals een longfunctiebepaling of thoraxfotografie, komen vrij weinig voor. Deze meer zeldzaam uitgevoerde onderdelen vertonen ook minder relatie met de functie-eisen dan de meer reguliere onderdelen zoals vooral het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen. Het toch nog geregeld voorkomen van een anamnese gericht op verzuim of arbeidsongeschiktheid (vaak niet

gerelateerd aan functie-eisen) roept vragen op. Gemiddeld bestaat de aanstellingskeuring uit rond 9 onderdelen. Bij meer onderdelen is er een trend naar wat meer oriëntatie op indicaties vanuit de keurling en/of keuringvrager en wat minder op de functie-eisen.
Als deze gegevens vergeleken worden met de situatie in 1987, dan valt op dat niet alleen het aantal keuringen sinds die tijd is afgenomen maar dat ook de wijze van keuren drastisch is gewijzigd. Vrijwel bij alle onderdelen is er sprake van een afname van opname van dat onderdeel in de aanstellingskeuring. Enkele cijfers ter vergelijking: er is tussen 1987 en 2000 sprake van een sterke afname van het 'altijd' of 'meestal' uitvoeren van een:

- anamnese gericht op het arbeidsverleden: van 90% naar 55%;
- algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek: van 91% naar 45%;
- visusonderzoek: van 97% naar 56%;
- urineonderzoek: van 93% naar 28%.

Een duidelijke en WMK-conforme toename is te zien bij lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden en beperkingen: van 27% naar 75%.

In het schema hierna staat aangegeven:

- welke onderdelen altijd/meestal uitmaakten van de aanstellingskeuring;
- wat de reden (indicatie) was om bepaalde onderdelen uit te voeren (percentages).

Schema 2.7 Onderdelen van een aanstellingskeuring

	altijd/meestal	Functie-eis	keurling	keuringvrager
Anamnese				
schriftelijke anamnese: standaardlijst	82%	68	8	10
schriftelijke anamnese: lijst voor specifieke functie(s)	49%	72	3	5
mondelinge anamnese	74%	70	8	5
Anamnese is gericht op:				
algemene oriëntatie	83%	54	10	6
Orgaansystemen	72%	65	8	4
aandoeningen in het verleden: lichamelijk	70%	65	11	5
aandoeningen in het verleden: psychisch/ psychiatrisch	57%	56	10	4
vroeger verzuim of arbeidsongeschiktheid	37%	43	11	7
Arbeidsverleden	55%	39	2	5
Lichamelijk onderzoek				
algemeen oriënterend	45%	50	7	5
gericht op orgaansystemen	46%	62	9	3
gericht op functionele mogelijkheden/beperkingen	75%	76	5	4
Biometrie				
bloed (Hb, BSE)	15%	42	4	6
Visus	56%	72	5	3
Audiogram	42%	66	9	2
Bloeddruk	55%	53	12	6
Longfunctie	25%	62	5	4
elektrocardiogram (ECG)	20%	54	6	4
Aanvullend onderzoek				
allergie test	0%	18	2	1
mantoux test	6%	26	4	5
X-thorax	8%	25	3	4
bloed: leverfunctiebepaling	6%	30	4	2
bloed: nierfunctiebepaling	5%	29	4	2
urine: (albumine, reductie, sediment, glucose)	28%	36	7	6
ergometrisch onderzoek	7%	43	2	2

HIV test	0%	13	3	2

Vervolg schema 2.7

aantal onderdelen		% onderdelen vanwege:		
		functie-eisen	keurling	keuringvrager
1-5	22%	76%	5%	6%
6-10	43%	70%	10%	5%
11 en meer	35%	66%	11%	7%
gemiddeld aantal	9.3	70%	10%	6%

2.7.3.9 Informatie en raad van derden

In enkele gevallen wordt anderen (meestal medici) informatie gevraagd om zich een oordeel te vormen over de medische geschiktheid van keurlingen. In die gevallen gaat het meestal om een huisarts of specialist. Bijna alle artsen vragen hiervoor de benodigde toestemming van de keurling.

Tabel 7.17 Informatie gevraagd vanwege oordeel medische geschiktheid

	altijd	meestal	soms	nooit
wie (n=432)				
huisarts/specialist	1	0	58	40
medisch specialist als deskundige	1	0	36	63
psychiater	0	0	20	79
Psycholoog	1	0	12	88
collega ba (eigen dienst)	1	1	28	71
collega ba (andere dienst)	0	0	11	88
andere deskundigen (arbeidskundige/ergonoom)	0	0	8	92
daarvoor toestemming van keurling? (n=334)	96%	1%	0%	3%

In vrijwel dezelfde frequentie als informatie wordt gevraagd, worden derden geraadpleegd.
Het zijn naast de huisarts, de collega's van de eigen dienst die relatief vaak geraadpleegd worden. De toestemming hiervoor aan de keurling wordt door 26% van de artsen niet altijd gevraagd. Het kan zijn dat het hier gaat om een raadpleging in verband met bij bepaalde ziektebeelden behorende beperkingen zonder daarbij op de persoon van de keurling wordt ingegaan.

Tabel 7.18 Raadplegen vanwege oordeel medische geschiktheid

	altijd	meestal	soms	nooit
*wie (*n=430)				
huisarts/specialist	1	1	45	52
medisch specialist als deskundige	1	1	25	73
psychiater	1	0	14	84
Psycholoog	1	0	10	89
collega ba (eigen dienst)	1	1	46	51
collega ba (andere dienst)	0	0	10	89
andere deskundigen (arbeidskundige/ergonoom)	0	0	9	91
daarvoor toestemming van keurling? (n=328)	74%	11%	7%	9%

2.7.3.10 Mededeling van de keuringsuitslag en de mogelijkheid tot herkeuring

In tabel 7.19 staat weergegeven wie mededeling krijgen van de uitslag van de aanstellingskeuring, respectievelijk in het geval dat de uitslag positief dan wel negatief is.

Tabel 7.19 Mededeling bij positieve of negatieve keuringsuitslag (n=437)

aan:	Uitslag is: positief	negatief
alleen keuringvrager	1%	1%
alleen keurling	1%	14%
eerst keurling, dan keuringvrager	52%	68%
aan beiden	46%	13%
anderen:	-	3%

De voorgeschreven manier bij zowel een positieve als negatieve uitslag, is het eerst informeren van de keurling en het daarna informeren van de keuringvrager. De gevallen dat alleen de keurling een mededeling van een negatieve uitslag krijgt is slechts gedeeltelijk terug te voeren op artsen die ooit een keurling adviseerden zich terug te trekken uit de sollicitatieprocedure. Onduidelijk is waarom in andere gevallen alleen de keurling van de uitslag op de hoogte werd gesteld.

Bijna alle diensten bieden de mogelijkheid voor een herkeuring; 3% van de artsen die iemand afkeurden, verrichtten tegen de regels in zelf de herkeuring. Deze getallen zijn in vergelijking met 1987 dezelfde gebleven.

Tabel 7.20 De mogelijkheid voor de keurling tot herkeuring (n=410)

	nee	ja
er is de mogelijkheid	2%	98%

wie herkeurt	totaal	exclusief nvt
u zelf	2%	3%
collega eigen dienst	53%	72%
collega andere dienst	14%	18%
anderen	5%	7%
nvt (geen afkeuringen)	26%	-

2.7.3.11 Het bewaren of vernietigen van het dossier

Gevraagd is of men al dan niet na aanstelling van de gekeurde persoon het dossier vernietigt en of men voor het bewaren ervan de toestemming van de gekeurde persoon vraagt. Vrijwel alle bedrijfsartsen bewaren (in alle gevallen) het keuringsdossier van hen die aangesteld worden en vragen daarvoor in overgrote meerderheid nooit de toestemming van de keurling. Over de vernietiging van het dossier bij niet aanstelling bestaat een uiteenlopende praktijk: 59% vernietigt in alle gevallen en 35% bewaart de dossiers Ook in dat geval wordt zelden toestemming van de keurling gevraagd voor het bewaren.

Tabel 7.21 Vernietiging van het dossier indien tot aanstelling wordt overgegaan

indien keurling wordt aangesteld → vernietiging dossier?	altijd	ja, tenzij	nee	
n=428	1%	1%	97%	
als niet 'altijd' vernietigd → toestemming keurling?	altijd	meestal	soms	nooit
n=385	10%	2%	3%	85%

Tabel 7.22 Vernietiging van het dossier indien niet tot aanstelling wordt overgegaan

indien keurling niet wordt aangesteld → vernietiging dossier?	altijd	ja, tenzij	nee	
n=345	59%	6%	35%	
als niet 'altijd' vernietigd → toestemming keuring	altijd	meestal	soms	nooit
n=185	5%	2%	6%	87%
als niet ' altijd' vernietigd → hoelang bewaard:	onbekend	bekend		
n=339	47%	53%		
als periode bekend → hoe lang?	max 1 jaar	2-9 jaar	10 e.m.	
n=180	31%	16%	53%	

2.7.3.12 Intredeonderzoeken

Zowel aan de nog keurende artsen als de niet (meer) keurende artsen is gevraagd of zij intredeonderzoeken verrichten. Tabel 7.23 geeft aan hoe veel artsen een intredekeuring verrichten en hoe vaak zij dergelijke intredeonderzoeken (na indiensttreding van de werknemer) uitvoeren. Verder wordt vermeld aan wie zij het resultaat van zo'n onderzoek mededelen.

Tabel 7.23 Intredeonderzoek; frequentie en mededeling resultaat

verricht intredeonderzoek	*keurend arts*	*niet keurend arts*
Nee	41%	71%
Ja	59%	29%
	n-436	n=207
hoe vaak?	*keurend arts*	*niet keurend arts*
Altijd	11%	8%
Meestal	20%	21%
Soms	69%	71%
Resultaat	n=234	n=56
aan wie meegedeeld?	*keurend arts*	*niet keurend arts*
alleen werknemer	80%	72%
alleen werkgever	2%	0%
Beiden	18%	28%
een ander	6 maal	3 maal
	n=234	n=56

Het blijkt dat artsen die aanstellingskeuringen verrichten ook vaker intredeonderzoeken doen. Voor beide groepen gaat het in meerderheid om een vrij incidenteel gebeuren. Het blijkt nogal eens voor te komen (wat vaker bij niet keurende bedrijfsartsen) dat artsen het resultaat van de intredekeuring ook aan de werkgever mededelen. Enigszins

afhankelijk van de vraag wat wordt medegedeeld, valt dit toch buiten de wenselijke praktijk van handelen. Tabel 7.24 geeft aan met welke doelen men (altijd of meestal) intredeonderzoeken verricht.

Tabel 7.24 Doel van intredeonderzoek

	keurend arts	niet keurend
Doel intredeonderzoek:	*altijd/meestal*	*altijd/meestal*
arbeidsgrafiek/belastbaarheidprofiel	19%	19%
beoordelen belastbaarheid	52%	40%
beoordelen geschiktheid persoon	32%	28%
beoordelen functie medisch geschikt voor persoon	43%	35%
beoordelen risico's indienstneming voor werkgever	6%	7%
vaststellen uitgangswaarden	73%	65%
kennismaken met arbozorg	82%	69%
voorkomen risico's gezondheid kandidaat	80%	77%
voorkomen risico's gezondheid voor anderen	4%	28%
voldoen wettelijke verplichtingen/CAO	9%	12%
opname pensioenfonds/collectieve verzekering	1%	0%
beoordeling noodzaak arbeidsvoorzieningen (b.v. REA)	21%	22%
	n=226	n=55

Keurende zowel als niet keurende bedrijfsartsen onderschrijven in grote mate de volgende doelen voor een intredeonderzoek: het vaststellen van uitgangswaarden, het kennismaken met arbozorg en het voorkomen van risico's voor de gezondheid van de kandidaat. Men is het er vrij algemeen over eens dat risico's voor de werkgever en het vaststellen van de mogelijkheid voor opname in het pensioenfonds of een collectieve verzekering, geen doelen van de intredeonderzoek zijn.
Keurende artsen vinden vaker dan niet keurende artsen dat het voorkomen van risico's voor anderen een doel van een intredeonderzoek kan zijn.

2.7.4 Samenvatting en conclusies geordend naar onderzoeksvragen

Veertig procent van de aangeschreven bedrijfsartsen (leden van de NVAB) hebben een ingevulde vragenlijst over aanstellingskeuringen retour gezonden: 211 bedrijfsartsen die na 1 januari 1998 geen keuringen meer hebben uitgevoerd en 442 bedrijfsartsen die na 1998 wél aanstellingskeuringen hebben uitgevoerd.
Op grond van deze aantallen en de gebleken betrokkenheid bij het onderwerp van het onderzoek, wordt aangenomen dat de ervaringen en opinies van hen die reageerden in grote lijnen model kunnen staan voor die van de bedrijfsartsen in Nederland die in hun werk daadwerkelijk met de WMK te maken hebben gekregen.
Om een schatting te maken van het aantal aanstellingskeuringen dat in 1999 in Nederland werd uitgevoerd, moest rekening worden gehouden met non-respons, artsen die wel keuren maar geen lid zijn van de NVAB en niet responderende bedrijfsartsen die mogelijk veel aanstellingskeuringen hebben verricht.

Effecten van de WMK in de praktijk van bedrijfsartsen
Onder bepaalde aannamen komt de schatting van het aantal door bedrijfsartsen verrichte keuringen in Nederland in 1999 uit op tussen de 56.000 en 70.000. Dit is de enige schatting die beschikbaar is en een nauwkeuriger schatting is helaas niet mogelijk. Een schatting die voor het jaar 1987 ooit werd gemaakt, kwam uit op ten hoogste 334.461 aanstellingskeuringen. Op basis van onderhavige onderzoeks-

gegevens was er tussen 1998 en 1999 sprake van een afname van het aantal aanstellingskeuringen van ten hoogste 5%.

Keurende bedrijfsartsen verrichtten vooral aanstellingskeuringen voor de vervoerssector, gezondheid- en welzijnssector, de bouw en de sectoren onderwijs en overheid. Ook in bepaalde industriële sectoren (metaal en overige industrie) wordt door nogal wat bedrijfsartsen minstens één aanstellingskeuring uitgevoerd. De topvijf van beroepen waarvoor gekeurd wordt, bestaat uit chauffeurs, persluchtdragers, brandweerlieden, functies met intensief patiëntencontact en bodemsaneringwerkers. Van alle keurlingen wordt gemiddeld 4% beperkt medisch geschikt verklaard en 5% medisch ongeschikt verklaard dan wel wordt terugtrekking uit de procedure geadviseerd. Als het alleen gaat om gevallen waarin de keurling medisch ongeschikt wordt verklaard, betreft het 3%.
Vrijwel alle bedrijfsartsen zijn minstens 'in grote lijnen' op de hoogte van de strekking van de WMK. Artsen die gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen, hebben dat merendeels gedaan vanwege de invoering van de WMK; de meeste van hen vinden dat daarmee een zinniger praktijk bij personeelsselectie is ontstaan. Bij zo'n 71% van de artsen die gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen, kan gesproken worden van 'een nieuw beleid' na 1 januari 1998. De bedrijfsartsen die nog wél aanstellingskeuringen verrichten, signaleren een grote afname van het aantal aanstellingskeuringen in hun werk. Deze artsen zien dit merendeels als een positieve ontwikkeling.

Risicoselectie
Of door de WMK de risicoselectie op gezondheid door werkgevers is afgenomen, kunnen de bedrijfsartsen niet altijd even gemakkelijk beoordelen. Bij hen die wel een mening hebben is deze verdeeld. Bedrijfsartsen die nog wel aanstellingskeuringen verrichten zijn positiever over de ontwikkelingen dan degenen die inmiddels niet meer keuren. Meer dan de helft van de nog keurende bedrijfsartsen en meer dan eenderde van de niet meer keurende bedrijfsartsen heeft ooit het verzoek van een keuringvrager voor het uitvoeren van een aanstellingskeuring geweigerd. Veel artsen geven aan dat dit hoort bij de invoering van een nieuwe praktijk van werken, waar werkgevers aan moeten wennen. De betreffende gevallen boden een goed aanknopingspunt om uit te leggen waar het bij de WMK om gaat. Ook uit gesprekken komt dit beeld naar voren. Werkgevers (maar ook keurlingen) moeten wennen aan het idee dat een keuring beperkt kan zijn ("als dit alles is, waarom laat ik iemand dan nog keuren!"). Werkgevers hebben soms te hoge verwachtingen van een keuring. Zoals één van de geïnterviewde uitlegde "ook al is een auto APK goedgekeurd, dan nog kan de auto de volgende dag weigeren om te rijden".

Naleving van de WMK in de praktijk
De artsen is de vraag voorgelegd over mogelijke misverstanden rond het keuren in de omgang met werkgevers en met de eigen arbodienst. Die misverstanden zijn vaker aangegeven door artsen die ook aangeven dat ze na 1998 ooit een keuring hebben geweigerd uit te voeren. Artsen die zeggen de bestaande richtlijnen voor hun handelen onvoldoende te vinden, signaleren vaker misverstanden in de omgang met werkgevers en de eigen arbodienst.

Een aanstellingskeuring mag alleen verricht worden als de functie-eisen daartoe aanleiding geven en schriftelijk zijn vastgelegd. Op dat punt zal in de praktijk van zo'n tweederde van de bedrijfsartsen nog het een en ander moeten gebeuren. Bij 17% van

de bedrijfsartsen blijken bij concrete aanstellingskeuringen de functie-eisen niet altijd bekend; 10% van de artsen volgt een praktijk die afwijkt van de WMK voorschriften door bij de keuze voor een aanstellingskeuring amper met functie-eisen rekening te houden,.
Functie-eisen blijken dus vaak nog niet omschreven te zijn. Dit komt overeen met wat de werkgevers al melden in de werkgeversenquête. Uit de interviews komt ook naar voren dat arbodiensten nog bezig zijn om in overleg met werkgevers functie-eisen in kaart te brengen. In het algemeen zijn grote werkgevers hier verder mee dan kleine werkgevers. Bij kleine werkgevers vindt er nogal eens een mondelinge overdracht plaats. Ook per arbodienst zijn er verschillen in de mate waarin men gevorderd is om van werkgevers van alle functies waarvoor gekeurd wordt beschreven functie-eisen te hebben. Zo heeft de ArboUnie Dordrecht aan hun klanten te kennen gegeven dat vanaf 1 januari 2001 alleen maar gewerkt wordt volgens de ARA en dat alle functies die aangeboden worden voor aanstellingskeuringen volgens die methodiek beoordeeld worden. Bedrijfsartsen van die dienst hebben van het management de opdracht gekregen om de WMK onder de aandacht te brengen van werkgevers bij wie dat nog niet gebeurd. Ook uit het bedrijfsartsenonderzoek blijkt dat eenderde van de diensten, de WMK nog met de werkgevers moet bespreken.
Volgens de bedrijfsartsen, heeft driekwart van hun arbodiensten op de meeste punten een beleid rond de WMK geformuleerd. Gecertificeerde arbodiensten worden tijdens een audit hier ook sinds 1 september 1999 op gecontroleerd.
Meer dan driekwart van de bedrijfsartsen volgt een standaardwerkwijze bij de beslissing al dan niet een aanstellingskeuring uit te voeren. Meestal gaat het om binnen de arbodienst beschikbare richtlijnen. Bij de beoordeling van de resultaten van de keuring ontbreken dergelijke standaarden wat vaker. Een kwart van de bedrijfsartsen beoordeelt dan ook de huidige richtlijnen als ‘onvoldoende’, als het gaat om de beoordeling van keuringsresultaten.

De keurling dient van te voren op de hoogte te zijn van het hoe en waarom van de aanstellingskeuring. Het blijkt dat in het overgrote deel van de gevallen de bedrijfsarts die introductie voor zijn rekening neemt. Bij slechts een handvol bedrijfsartsen wordt er niemand genoemd die de keurling vooraf informeert.
Er blijkt over de jaren gezien sprake van een verschuiving van doelen voor aanstellingskeuringen. Doelen als ‘het beoordelen van risico’s van indienstneming voor werkgever’ en ‘opname in pensioenfonds/collectieve verzekering, worden in tegenstelling tot 1987, in 2000 nog door slechts een enkeling genoemd.

Als onderdelen van een aanstellingskeuring worden een schriftelijke of mondelinge anamnese, een algemeen oriënterende anamnese of anamnese gericht op orgaansystemen of aandoeningen uit het verleden, het meest genoemd. Ook het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen is een vrij vast onderdeel van de aanstellingskeuring. Gemiddeld bestaat de aanstellingskeuring uit rond negen onderdelen. Bij meer onderdelen is er een trend naar meer oriëntatie op indicaties vanuit de keurling en/of keuringvrager en wat minder op de functie-eisen. De voorgeschreven manier bij zowel een positieve als negatieve uitslag, is het eerst informeren van de keurling en het daarna informeren van de keuringvrager. In geval van een positieve uitslag wordt hieraan weinig de hand gehouden (46%): de keurling wordt niet als *eerste* geïnformeerd.
Bijna alle diensten bieden de mogelijkheid voor een herkeuring; 3% van de artsen die iemand afkeurden, verrichtten tegen de regels in zelf de herkeuring.

Vier van de vijf bedrijfsartsen werken op een arbodienst die een klachtenprocedure heeft rond aanstellingskeuringen

Afstemming met ander wetten en rechtsnormen
In enkele gevallen wordt bij anderen (meestal medici) informatie opgevraagd om zich een oordeel te vormen over de medische geschiktheid van keurlingen. In die gevallen gaat het meestal om een huisarts of specialist. Bijna alle artsen vragen hiervoor de benodigde toestemming van de keurling. In vrijwel dezelfde frequentie als informatie wordt gevraagd, worden derden geraadpleegd. Het zijn naast de huisarts, de collega's van de eigen dienst die relatief vaak geraadpleegd worden. De toestemming hiervoor aan de keurling wordt door een kwart van de artsen niet altijd gevraagd. Het kan zijn dat het hier gaat om een raadpleging in verband met bij bepaalde ziektebeelden behorende beperkingen, zonder daarbij op de persoon van de keurling wordt ingegaan.
Vrijwel alle bedrijfsartsen bewaren het keuringsdossier van hen die aangesteld worden in alle gevallen en vragen daarvoor in overgrote meerderheid nooit de toestemming van de keurling. Over de vernietiging van het dossier bij niet aanstelling bestaat een uiteenlopende praktijk: meer dan de helft vernietigt in alle gevallen en een derde bewaart de dossiers. Ook in dat geval wordt zelden toestemming van de keurling gevraagd voor het bewaren.
De gegevens over het vernietigen of bewaren van dossiers maken sterk de indruk dat de bestaande richtlijnen hierover een onvoldoende handleiding voor de praktijk van werken vormen. Toch is het Protocol Aanstellingskeuringen (PAK) hierin duidelijk: "Nadat de totale sollicitatieprocedure is afgerond, dient het medisch dossier betreffende de aanstellingskeuring te worden vernietigd, indien niet tot aanstelling wordt overgegaan". Gevers (1998) voegt hieraan toe dat het de vraag is of het dossier bewaard mag worden als wél tot aanstelling wordt overgegaan, gelet op het absoluut geformuleerde gebod in artikel 2 lid 2 WMK (keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen).

2.8 Resultaten kwalitatief onderzoek

2.8.1 Inleiding

De WMK heeft na nog geen drie jaar van bestaan duidelijk een beoogde gedrags-verandering bij zowel werkgevers als bedrijfsartsen teweeg gebracht, zo maken we op uit de voorafgaande paragrafen. Verondersteld wordt dat dit gevolgen heeft voor keurlingen. In deze paragraaf wordt op basis van diverse bronnen een schatting gepresenteerd van het aantal keuringen van sollicitanten. Daarmee wordt de omvang van het 'probleem' geschetst. Dat er nog altijd sollicitanten ontevreden zijn wordt beschreven in de daarop volgende paragraaf 2.8.3. Besproken wordt verder in welke bedrijfssectoren een sollicitant momenteel nog gekeurd wordt, waarom dat gebeurt en welke richtlijnen daarbij gelden.
Daarbij wordt ook de coördinatie en samenwerking besproken tussen de (vertegenwoordigers van) werkgevers, werknemers en arbodiensten. De opvattingen van deze partijen over de WMK en de bescherming die werknemers geboden wordt tegen te zware belasting zijn aspecten die hierbij aan bod komen.

2.8.2 Schattingen van aantallen aanstellingskeuringen en de mate van vragen naar gezondheid

De hieronder besproken schattingen van aantallen aanstellingskeuringen en van vragen naar gezondheidskenmerken bij sollicitaties zijn gebaseerd op verschillende bronnen, waarvan de vijf belangrijkste in bijlage 3.3 worden besproken. Met behulp van deze bronnen en enkele arbeidsmarktgegevens is getracht een kwantitatief beeld te verkrijgen van de relatieve omvang van het onderhavige 'probleem'.

Aannames
De schatting van het percentage bedrijven dat in Nederland één of meer aanstellingskeuringen laat verrichten, is sterk afhankelijk van de vraag die men daarover aan bedrijfsvertegenwoordigers voorlegt. Een belangrijk verschil wordt veroorzaakt door het stellen van een vraag naar de intentie tot het laten verrichten van aanstellingskeuringen of een vraag naar feitelijk uitgevoerde keuringen. Daarnaast speelt een rol of het gaat om een keuring als regel of een keuring op indicatie. Een verder punt van onduidelijkheid is of het gaat om een keuring door een arts of een keuring in de vorm van bijvoorbeeld een gezondheidsverklaring of een vraag van de werkgever. Bij de extrapolatie van gegevens naar het landelijk niveau speelt mede een rol dat de representativiteit van de gegevens naar bedrijfsgrootte, een belangrijke rol speelt. Kleine bedrijven trekken minder vaak nieuw personeel aan en tevens is de kans kleiner dat er een functie in het bedrijf is waarvoor een aanstellingskeuring aan de orde is.

Dalend aantal keuringen door bedrijfsartsen
Duidelijk is dat het aantal bedrijven dat medische aanstellingskeuringen laat verrichten door arbodiensten en het aantal aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen, na 1 januari 1998 drastisch is afgenomen en dat dat aantal in de jaren daarna geleidelijk nog iets is gedaald. De relatieve afname van deze aantallen is groter als rekening wordt gehouden met een toename van het aantal vervulde vacatures (vooral) in de meest recente periode.
Het percentage bedrijven waar potentieel minstens één medische aanstellingskeuring door de bedrijfsarts wordt verricht, ligt op 12%. Feitelijk wordt per jaar bij ongeveer de helft van deze bedrijven een keuring verricht. In een bedrijvenonderzoek bij bedrijven met meer dan 5 werknemers, vond in 1998 bij 9% van nieuw aangenomen personeel een aanstellingskeuring plaats (Vries en Sardjoe, 1999). Door het ontbreken van bedrijven met 2-5 werknemers, moet deze 9% naar beneden bijgesteld worden. Het aantal uitgevoerde aanstellingskeuringen door bedrijfsartsen ligt op een getal van rond de 56.000 tot 70.000 (ongecorrigeerd voor bedrijfsgrootte).

Toenemend aantal vragen door bedrijven
Er wordt door veel meer bedrijven gekeurd door te vragen naar de gezondheid van de sollicitant of het eerdere verzuim. Soms wordt om een gezondheidsverklaring gevraagd. Al met al is er in het jaar 2000 bij iets minder dan de helft van de Nederlandse bedrijven sprake van dit soort screeningsmethoden op gezondheid.
Een aanstellingskeuring en/of vraag naar de gezondheid wordt in 2000 door 42% van de bedrijven gerapporteerd. Dit percentage fluctueert over de afgelopen jaren: het bedraagt 44% in 1998 en 49% in 1999 (Berendsen e.a., 1998; Koehler en Spijkerboer, 1999).

Chronisch zieken niet slechter behandeld
Het percentage *chronisch zieken* dat zegt tussen 1998 en 1999 bij een sollicitatie door een medicus te zijn gekeurd (7%), ligt niet al te ver af van het geschat percentage van alle sollicitanten (NIVEL-onderzoek). Immers bij rond 800.000 vervulde vacatures in 1999 (gegevens Arbeidsvoorziening) komt een kans van 7% om medisch gekeurd te worden uit op 56.000 door de arbodienst uitgevoerde keuringen.
Aan veel chronisch zieken, die tussen oktober 1998 en oktober 1999 een baan hebben gekregen, is door de werkgever tijdens de sollicitatie vragen over de gezondheid gesteld; naar schatting aan 32%. Dit percentage kan niet direct vergeleken worden met de ervaringen van andere sollicitanten. Als blijkt dat bijna de helft van de Nederlandse bedrijven wel eens vraagt naar gezondheidskenmerken van sollicitanten, is een percentage van 32% niet bijzonder hoog te noemen.

Arbeidsgehandicapten
Sinds REA wordt onder een persoon met een arbeidshandicap een ieder verstaan die door ziekte of gebrek verminderde kansen heeft op de arbeidsmarkt. (Dat wil zeggen dat chronisch zieken niet per definitie arbeidsgehandicapt zijn, en arbeidsgehandicapten niet per definitie chronisch ziek zijn.) Het instroompercentage van arbeidsgehandicapten van het totaal aantal personen dat is aangenomen in de periode 1 juli 1998 tot medio 1999 is 2% en is de helft lager dan dat van langdurig werklozen (4%) (Schellekens e.a., 2000). Het lage instroompercentage van arbeidsgehandicapten verklaart ten dele het lage percentage werknemers met een arbeidshandicap, dat volgens de nieuwste REA definities ligt op 5% (SZW, 1999). Uitgaande van het aantal vervulde vacatures in 1999 wordt het aantal door arbeidsgehandicapten (conform REA-definitie) vervulde vacatures in dat jaar geschat op 16.000 (Wevers e.a., 2001). Daarvan zijn ten hoogste 6.000 door de bemiddelingsinstellingen succesvol naar werk bemiddeld, dat wil in de regel zeggen dat de werkgever op de hoogte is gebracht van het bestaan van een arbeidshandicap. Van de overige arbeidsgehandicapten die een vacature vervulden zijn er naar schatting hooguit 700 (7%) die een medische aanstellingskeuring door een arts ondergingen. Niet bekend is hoeveel sollicitanten met een chronische ziekte vanwege hun gezondheid of arbeidshandicap worden afgewezen.

2.8.3 Klachten van sollicitanten

De belangrijkste bron voor informatie over ervaringen van sollicitanten met keuringen is het Breed Platform Verzekerden & Werk (BPV&W), een platform van twaalf patiënten- en consumentenorganisaties (zie hoofdstuk 5). Eén van de activiteiten van het BPV&W is de Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen, een landelijke telefonische helpdesk voor iedereen die klachten of vragen heeft over werk, sociale zekerheid of particuliere verzekeringen in relatie tot gezondheid. De Helpdesk rapporteerde in twee publicaties onder meer over ‘Klachten met betrekking tot het verkrijgen van werk’ (BPV&W, 1999 en 2000). Hieronder worden de belangrijkste conclusies over de jaren 1998 en 1999 samengevat.

Volgens de eerste Rapportage 1998 ontving de Helpdesk dat jaar 129 klachten over het verkrijgen van werk. De meeste van hen (73%) hadden de afgelopen twee jaar gesolliciteerd. Van deze laatste groep onderging 52% een standaardkeuring of moest een standaardformulier invullen en 3% onderging een functiegerichte keuring. Bijna de helft van hen had klachten over de aanstellingskeuring en/of de gezondheids-vragenlijst. Volgens het platform gaat het hierbij om klachten omdat men ten onrechte

is gekeurd of omdat een aanstellingskeuring niet voldeed aan de voorwaarden die in WMK zijn vastgelegd. Met betrekking tot de (standaard)formulieren die werden gebruikt bij de keuring is regelmatig geklaagd over het grote aantal vragen, over het feit dat er vragen werden gesteld over bijzonder persoonlijke of intieme zaken en over volstrekt niet terzake doende vragen, zoals het vragen naar vliegangst en watervrees.

Volgens de tweede Rapportage 1999 ontving de Helpdesk in 1999 in totaal 142 klachten over het verkrijgen van werk. De meeste mensen met een klacht hadden de afgelopen twee jaar gesolliciteerd (64%). 'Bij 40% hiervan was er geen sprake van een verplichte medische keuring, 25% moest een gezondheidsvragenlijst invullen, 12% onderging een lichamelijk onderzoek, 19% kreeg zowel een lichamelijk onderzoek als een gezondheidsvragenlijst'. Van de overige personen (4%) is niet bekend of zij al dan niet zijn gekeurd. Van deze mensen vermoedt 34% dat het resultaat van de sollicitatieprocedure het gevolg is van hun arbeidshandicap of WAO-verleden.
De klachten die in verband zijn te brengen met de WMK zijn de volgende: Van de in totaal 142 mensen met een klacht zegt 13% ten onrechte te zijn gekeurd, 10% heeft een te uitgebreide gezondheidsvragenlijst gehad en 10% zegt dat de werkgever/ personeelsfunctionaris ten onrechte gezondheidsvragen stelde. Twee personen zijn niet geïnformeerd over de keuring en in twee gevallen zijn medische gegevens beschikbaar gekomen voor onbevoegden.

Conclusie
Het aantal klachten in 1999 lijkt toegenomen ten opzichte van 1998. Het totaal aantal klachten dat de Helpdesk heeft ontvangen over aanstellingskeuringen, nog geen honderd op het grote aantal sollicitaties (meer dan 800.000 per jaar), lijkt niet onrustbarend. Hoewel niet uitgesloten wordt dat niet alle ontevreden sollicitanten de weg naar de telefonische Helpdesk vinden, kan op basis van deze gegevens geen sprake zijn van een groot maatschappelijk onrecht. Navraag bij andere vertegenwoordigers van werknemers en cliënten leert dat zij de weinige klagers in de regel naar het meldpunt verwijzen, in de veronderstelling dat daar de nodige expertise voor hulp is. Meer inzicht in de omvang van het probleem levert de schatting van het aantal keuringen in de vorige paragraaf.

2.8.4 Effecten op bedrijfssectorniveau: werkgevers en bedrijfsartsen

Werkgevers
Verwacht werd dat bedrijven activiteiten zouden ontwikkelen om van overeenkomstige functies die veel voorkomen binnen een bedrijfssector, op sectorniveau functie-eisen te omschrijven en vast te stellen of aanstellingskeuringen nodig zijn, en om vervolgens de inhoud van die keuring te bepalen. Dit blijkt niet zo te zijn, met uitzondering van de vervoer- en bouwsector. Beide sectoren hebben een paritaire stichting, de BGZ wegvervoer respectievelijk de Arbouw, waarin werkgevers en werknemers elk voor de helft vertegenwoordigd zijn. De Arbouw vertegenwoordigt alle werkgevers in de bouwsector. In de vervoersector is ongeveer 90% van de werkgevers aangesloten bij BGZ Wegvervoer.
Deze stichtingen, die al bestonden voordat de WMK inwerking trad, sluiten namens de werkgevers contracten af met arbodiensten. Zij zijn ook degenen die de arbodiensten voorzien van protocollen waarin beschreven staat welke functies in aanmerking komen voor aanstellingskeuringen, wat de functie-eisen zijn en waaruit een keuring bestaat. De arbodienst declareert bij de stichting. Dit betekent dat werkgevers in deze sectoren

niet zelf functie-eisen van verschillende functies hoeven vast te stellen, en niet zelf contacten hebben met een arbodienst.
Voor welke functies wordt er nu gekeurd? In de CAO van de bouw is vastgelegd dat een werkgever een werknemer keurt bij intrede in de bouwsector. In de CAO is een verplichting opgenomen, maar geen controle of sanctie. Op grond van de WMK worden alleen werknemers die uitvoerend werk gaan doen op een bouwplaats of werkzaamheden gaan verrichten in een werkplaats met relatief zwaar belastend werk dan wel risicovol werk doen (voor zichzelf of derden) gekeurd voor feitelijke indiensttreding. Jaarlijks worden er 6.500 tot 7.000 intredekeuringen (in dit geval een aanstellingskeuring) gedaan. Het aantal intredekeuringen in 2000 zal naar verwachting lager zijn. Arbouw registreert niet de keuringen van werknemers die binnen de bouwsector van werkgever veranderen (in dezelfde functie). Dergelijke keuringen worden door de werkgever aangevraagd bij een arbodienst en ook betaald door de werkgever.
In de vervoersector worden vanaf 1 januari 1997(!) uitsluitend nog functiegerichte aanstellingskeuringen gedaan bij chauffeurs, kraanmachinisten en loods/technisch personeel. Het aantal aanstellingskeuringen in deze bedrijfstak is opgelopen van 6.750 in 1997 tot 7.787 in 1999. De inhoud van de keuring is vastgesteld in overleg met SKB. In de tweede helft van 2000 bekijkt een projectgroep de inhoud van de keuringen en de vragenlijsten die gebruikt worden bij de keuringen opnieuw, en beoordeelt of alles nog conform wettelijke bepalingen is. Wat betreft vragenlijsten kent men een basisvragenlijst en een module bestemd voor (1) chauffeurs, (2) loods/technisch personeel (bijv. machinisten van mobiele kraanmachines en heistellingen) en (3) administratief personeel (voor PAGO's).

Bedrijfsartsen
Ook bedrijfsartsen ontwikkelen op bedrijfssectorniveau activiteiten op het terrein van de WMK. Dit is het geval bij bedrijfsartsen die werkzaam zijn in de gezondheidszorg (BIG). Samen met SKB screende de BIG functies in de gezondheidszorg[101] op functie-eisen. Met behulp van de ARA heeft men bepaald welke functies in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring. Van de functies is vastgesteld voor welke functie-eisen een bedrijfsarts moet keuren. Deze informatie is in een notitie vastgelegd. De BIG heeft echter geen richtlijnen opgesteld hoe men moet keuren. De inhoud van de keuring bepaalt de bedrijfsarts zelf. De gangbare praktijk is dat er op papier gekeurd wordt; er wordt een vragenlijst ingevuld en aan de hand van de vragenlijst wordt bepaald of er aanvullend onderzoek nodig is. De vragenlijsten voldoen echter niet altijd aan het 'proportionaliteitsbeginsel' van de WMK, zo blijkt uit een toegezonden klacht van een sollicitant naar een functie in een ziekenhuis.

2.8.5 Gezondheidsverklaringen

Voor veel 'professionals' is het normaal dat zij bij hun sollicitatie een gezondheidsverklaring aanleveren.
Uit onderhavig onderzoek en ook uit het SZW-werkgeverspanel 1998-1999 (Deursen e.a., 2000) komt naar voren dat tijdens sollicitaties in alle onderzochte bedrijfssectoren, gezondheidsverklaringen ter sprake komen. Zo heeft in 1998 4,5% van de bedrijven - die nieuw personeel aannamen- voorafgaand aan indiensttreding om een gezondheidsverklaring gevraagd, zonder een medische aanstellingskeuring (door een arts). Onder gezondheidsverklaring kan alleen maar een verklaring verstaan worden die door

[101] Ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorg, verpleeghuis, apotheek, geestelijke gezondheidszorg, overigen (o.a., tandartsen, medewerkers kinderdagverblijven).

een arts is ondertekend. De vraag is of de geënquêteerde werkgevers dit ook zo opvatten. Sommige werkgevers verstaan hieronder ook een eigen verklaring die is ondertekend door de sollicitant. Ook zijn er werkgevers die een 'geschikt voor werk verklaring' (na aanstellingskeuring) interpreteren als een gezondheidsverklaring, en als zodanig positief op de gestelde onderzoeksvraag antwoorden. Tijdens het onderhavig onderzoek werd duidelijk dat een gezondheidsverklaring van belang kan zijn voor een werkgever, maar dat die niet altijd op de juiste manier wordt verkregen. Van enkele bedrijfssectoren is hierover iets meer bekend.

Verklaringen in de gezondheidszorg

Binnen de gezondheidszorg worden soms gezondheidsverklaringen gevraagd in het kader van een infectiepreventieprogramma. Verklaringen worden dan afgegeven door een arts van de GGD of door een bedrijfsarts. De BIG (bedrijfsartsen in de gezondheidszorg) heeft hierover een notitie gemaakt.[102] In de gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen 'risicovormende' en 'risicolopende' beroepen. Risico vormende beroepen zijn alle snijdende beroepen (patiënt loopt risico), en risico lopende beroepen zijn o.a. verpleegkundigen. De notitie van het BIG meldt het volgende over infectiepreventie *".. Het medisch onderzoek in kader van de infectiepreventie staat los van de aanstellingskeuring en heeft uitsluitend als doel de gezondheid van betrokkene en derden te beschermen. Het zegt dus niets over de geschiktheid van de aspirant werknemer voor de betreffende functie. Infectiepreventieonderzoek is geen onderdeel van een keuring, maar kan in sommige gevallen aanleiding geven tot uitstel van aanvang van de werkzaamheden door de aspirant werknemer…".*

Eind 2000 geldt in de regel dat nieuw personeel niet verplicht wordt mee te werken aan een preventieprogramma, bijvoorbeeld door zich te laten controleren op bepaalde infecties en zich eventueel te laten vaccineren. Het AMC stelt echter wel een verplichting in bij aanstellingskeuring: indien men niet meewerkt, dan wordt men niet aangenomen. Wel is het zo dat de uitgebreidheid van de te inventariseren infectierisico's afhangt van het soort werk dat men doet: snijdende beroepen, omgang met kinderen, omgang met patiënten met een verlaagde weerstand etc.

Verklaringen in de vleesindustrie

In de vlees- en vleesverwerkende industrie vragen werkgevers van nieuw aan te nemen personeel -al dan niet met een tijdelijk contract- die in contact komen met vlees- of vleesproducten, een gezondheidsverklaring, ondertekend door een (huis)arts. De EU regelgeving en de Nederlandse Warenwet en veterinaireregelgeving stellen eisen aan werknemers die omgaan met vlees dan wel vleesproducten, namelijk dat zij niet leiden aan besmettelijke ziekten. Gezondheidsverklaringen in de vlees- en vleeswarenindustrie is ook een verzekeringstechnisch verhaal. Een deel van de kwestie ligt bij de klant (bijv. buitenland) die strenge eisen stelt aan het vlees. Het vragen naar verklaringen waarin een arts ondertekent dat iemand geen besmettelijke ziekte heeft, is niet in strijd met de WMK. De ARA geeft aan dat besmettelijke ziekten in dit geval een gezondheidsrisico en een veiligheidsrisico zijn en dat derhalve een keuring plaats kan vinden. Wat in de praktijk echter voorkomt is dat gezondheidsverklaringen door werkgevers in de vlees- en vleesverwerkende industrie niet als een aanstellingskeuring gezien worden. Werkgevers vragen zo'n verklaring, terwijl een beperkte medisch onderzoek (zoals bijvoorbeeld in de gezondheidszorg) de juiste procedure is.

---

[102] Voor het opstellen van de Notie over infectie preventie is gebruik gemaakt van: Bessems JLP en Nauta AP. Richtlijnen voor infectiepreventie binnen instellingen voor de gezondheidszorg. NVAB, 1997.

Om concurrentievervalsing tegen te gaan (beperkte medische onderzoeken kosten geld) zou in de vlees- en vleesverwerkende industrie de afspraak moeten worden gemaakt dat alle werkgevers verklaringen op laten maken door artsen van een (gecertificeerde) arbodienst.

Verklaringen in de bouw
In de bouwsector worden werkgevers (aannemers) soms gedwongen door hun opdrachtgever om van werknemers die aan een bouwproject beginnen, gezondheidsverklaringen te overleggen. Dus ook van werknemers die nieuw worden aangetrokken. De werkgever kan alleen op twee manieren aan een gezondheidsverklaring komen: (1) van de werknemer die zo'n verklaring krijgt van zijn bedrijfsarts na een periodieke keuring en (2) van de bedrijfsarts die bij een werknemer een aanstellingskeuring heeft gedaan (nl. een geschikt voor werk verklaring). Ook worden werkgevers in de bouw soms "gedwongen" door certificeringeisen (o.a. CRLW, ISO Normen) om gezondheidsverklaringen te vragen, omdat certificeerders daarnaar vragen. Verder komt het voor dat werkgevers van machinisten van mobiele kraan- en heistellingen gezondheidsverklaringen vragen, ook al is de verplichting hiervoor na juli 1997 vervallen.

Verklaringen in de vervoerssector
In de vervoersector zijn voor het personenvervoer wettelijke regelingen die aangeven dat een chauffeur een geldige gezondheidsverklaring moet hebben die maximaal 5 jaar geldig is. Voor het beroepsgoederenvervoer geldt alleen de keuringsrichtlijn van het Centraal Bureau Rijvaardigheid. In CAO's is echter vastgelegd dat een chauffeur van goederenvervoer ook een gezondheidsverklaring moet hebben die 5 jaar geldig is. Dit laatste omdat men in het buitenland vaak verplicht is om een geldige gezondheidsverklaring bij zich te hebben. Als een chauffeur van werkgever verandert, vraagt de nieuwe werkgever in de regel naar zijn gezondheidsverklaring. BGZ Wegvervoer geeft aan dat als zo'n verklaring nog geen jaar oud is, een aanstellingskeuring overbodig is. Indien de verklaring ouder is dan één jaar, maar nog niet verlopen, dan is het aan de werkgever of hij de chauffeur opnieuw laat keuren.

Verklaringen in de chemische industrie
Werkgevers moeten zich soms houden aan normen waarin ook richtlijnen staan over het bewaken van de gezondheid van de werknemer. Zo is er de VCA, Veiligheid Checklist Aannemers. Het is een ISO-norm die door de petrochemische industrie wordt opgelegd aan bedrijven die aan hen diensten en producten leveren. De petrochemische industrie committeert ook zichzelf steeds vaker aan deze normen. De European Chemical Industry Council (CEFIC) heeft samen met de Europese Petrochemische Associatie een veiligheids- en kwaliteitsonderzoeksysteem ontwikkeld voor de distributiesector. Hier vallen ook milieu en gezondheid onder. Zeggen deze richtlijnen dan wel normeringen ook iets over aanstellingskeuringen? De arbodienst ArboNed heeft het standpunt dat als bij een bedrijf in het kader van een certificering normen/richtlijnen gelden voor de gezondheid van werknemers met bepaalde functies in de vorm van periodieke onderzoeken, dat je dan kunt aannemen dat dit ook geldt voor aanstellingskeuringen. Deze certificeringen of richtlijnen beschrijven uitgebreid bedrijfsrisico's en hoe die bedrijfsrisico's gecontroleerd kunnen worden. Het opnieuw gaan inventariseren van wel/geen keuringen is dan overbodig werk.

2.8.6 Wel of geen keuring volgens de ARA

Tijdens de interviews met bedrijfsartsen en vertegenwoordigers was de ARA één van de besproken onderwerpen. De NVAB is van mening dat op dit terrein nog veel is te winnen. Er gebeurt nog te veel op eigen inzicht van de bedrijfsarts. De ARA is een eerste stap in de vertaling van functie-eisen in medische gezondheidscriteria. Het is een prima opstart voor vervolg. Nadat de ARA is verschenen verzocht het NVAB aan de BOA om een verdere uitwerking van de ARA op bedrijfssectorniveau. De ARA moet meer toegespitst worden op de praktijk. Aan de BOA is verzocht tijdelijk bedrijfsartsencapaciteit vrij te maken om invulling te geven aan dit vervolg. Volgens de NVAB moet er op bedrijfssectorniveau een vertaalslag gemaakt worden van functie-eis naar vragen. Deze vragen kunnen een indicatie geven voor aanvullend onderzoek. De volgende stap is dan de interpretatie: richtlijnen voor de beoordeling van arbeidsgeschiktheid. Op dit moment is de bouwsector de enige die op bedrijfssectorniveau functie-eisen heeft vertaald in medische gezondheidscriteria en richtlijnen heeft opgesteld voor de beoordeling van arbeidsgeschiktheid (overigens al vòòr de WMK!).[103] Het uiteindelijke protocol moet zo simpel mogelijk zijn. Werkgevers hebben nu vaak moeite om een functie te vertalen in functie-eisen, en daaraan gekoppeld de zwaarte/belasting ervan.
ArboNed vindt de ARA ook een nuttig instrument als eerste aanzet, maar vindt categorie 5 als criterium voor 'wel een keuring' te ver gaan. De opstellers van de ARA vertaalden de beschrijving uit de WMK …. *Bijzondere medische eisen* …, in categorie 5 .. *Ongewoon hoge belasting* … Gevolg is dat voor sommige functies de ARA is doorgeschoten met als gevolg dat er niet gekeurd wordt, waar het naar de mening van Arboned wel zou moeten. ArboNed heeft voor één van zijn grote klanten functies in kaart gebracht en op basis van werkinhoud bepaald of een aanstellingskeuring nodig is. Het aantal voorgestelde keuringen blijkt groter te zijn dan wanneer de vaststelling gebeurd zou zijn volgens de ARA richtlijn.
De ARA keuringsrichtlijn is gericht op normale gezonde mensen, maar een aanzienlijk deel van de werkende beroepsbevolking heeft wel wat, om nog maar niet te spreken van chronisch zieken en gehandicapten (Boersma, 2000). Vijf uur lopen op een werkdag, of meerdere keren 20 kg moeten tillen per uur vereist lichamelijke kracht. Volgens ARA richtlijnen mag hiervoor niet worden gekeurd. Hetzelfde geldt voor intensief beeldschermwerk waarvoor volgens de ARA richtlijnen niet gekeurd mag worden op arm/schouder/nek conditie. Ook het VNO NCW heeft moeite met de categorie 5. Categorie 4, zware belasting, is volgens hen ook vaak reden voor keuren, maar niet volgens de ARA.
ArboUnie Dordrecht signaleert dat veel werkgevers tegenwoordig psychische piekbelasting aankruisen op het functie-eisen formulier. Als bedrijfsarts kun je daar niets mee.Verder zijn functie-eisen soms niet te plaatsen. Volgens de Arbo-Unie is de ARA een 'valkuil' voor de bedrijfsartsen. Functie-eisen zijn sterk gericht op belasting (criterium 1 om aanstellingskeuring te doen). Veiligheidsaspecten (criterium 2; gezondheidsgevaar en veiligheidsrisico's) hoewel goed aangegeven in de ARA, zijn wat ondergesneeuwd. Functies waarvoor wettelijke verplichtingen zijn om aanstellingskeuringen te doen, worden niet over het hoofd gezien (criterium 3).

[103] Wat dit laatste betreft wordt opgemerkt dat bedrijfsartsen in de bouwsector -die al wel richtlijnen hebben voor interpretatie van onderzoeksgegevens- niet altijd tot een zelfde conclusie komen over arbeidsgeschiktheid van een werknemer.

Een ander kritiekpunt is de vertaalbaarheid. Wat is bijvoorbeeld ‘zeer vaak’ of ‘langdurig’ als het om lichamelijke verrichtingen gaat.
In enkele gevallen is de vertaling van functie-eis in medische termen te uitgebreid. Men verzamelt wel gegevens, maar weet vervolgens niet waar de grens ligt tussen ‘goed’ en ‘niet goed’.
Geïnterviewden en opsteller van de ARA (Hulshof, 2000) pleiten dan ook voor een evaluatie, bijstelling en verdere uitwerking van de ARA.

2.8.7 WMK en intrede-onderzoeken

In de vorige paragraaf is de gedachte geopperd dat de WMK wellicht onbedoelde negatieve effecten voor bescherming van werknemers heeft. De vraag is dan ook of het beperken van het aantal aanstellingskeuringen geen afbreuk doet aan de mogelijkheid tot goede bedrijfsgeneeskundige begeleiding na aanstelling. Gevers (1998) stelt dat dit niet zo hoeft te zijn. De werkgever kan zijn werknemer na aanstelling vragen om mee te werken aan een intrede-onderzoek. Bij ArboNed is er na de invoering van de WMK nauwelijks een toename van intrede-onderzoeken. Ook bij ArboUnie Dordrecht niet. Men brengt het intrede-onderzoek wel onder de aandacht van de werkgever. Mogelijk weten werkgevers dat zij toch geen keuringsuitslag ontvangen en daarom geen intrede-onderzoek laten verrichten. In tegenstelling tot de geïnterviewden vonden Ferrier en Edelaar (2000)[104] in een onderzoek onder gecertificeerde arbodiensten, dat medio 1999 een derde van de arbodiensten een toename signaleert van intrede-onderzoeken.

2.8.8 (Uit)werking van de WMK op werknemers

De algemene indruk uit gesprekken met bedrijfsartsen is dat zij positief zijn over de WMK. Kritische kanttekeningen plaatst men vooral bij de uitwerking en invoering van de wet. Ten tijde van de invoering van de WMK was er niets geoperationaliseerd. Het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG was er wel, maar dat is een beleidsinstrument. De invoering behoeft volgens de bedrijfsartsen meer sturing en coaching. De algemene richtlijnen voor aanstellingskeuringen (de ARA) van SKB/BOA verscheen 1½ jaar na de inwerkingtreding van de WMK. Hetzelfde geldt voor de certificeringrichtlijnen voor WMK-beleid waarop arbodiensten getoetst worden. Arbodiensten beginnen nu langzamerhand hun professionele intelligentie/ hun ervaringen met de WMK te delen met andere arbodiensten. Tot voor kort hield men dat voor zich, omdat men bang was een veronderstelde voorsprong op andere arbodiensten te verliezen. Het hele proces van zelfregulering en implementatie kwam slechts langzaam op gang. Veel werkgevers zijn nog niet klaar met het in kaart brengen van functie-eisen en verschillende bedrijfsartsen moeten nog met werkgevers overleggen over de gevolgen van de WMK voor het aannemen van nieuw personeel. De vraag is of er nu minder mensen geselecteerd worden op een handicap of chronische ziekte. Volgens één van de geïnterviewden niet. Er zijn andere maatregelen nodig om dit doel te bereiken. De WMK loopt een achter de feiten aan. De wet is ontwikkeld in een tijd dat er een tekort aan werk was. Nu met de krapte op de arbeidsmarkt nemen werkgevers allerlei mensen aan die inhoudelijk dan wel medisch gezien niet helemaal geschikt zijn. Volgens dezelfde geïnterviewde “beschermt de WMK werknemers dan ook voor geen meter”. “Neurotische bedrijven” nemen tijdelijke krachten of uitzendkrachten in dienst, ook al is dit voor hen eigenlijk duurder. Als

[104] Alle 101 gecertificeerde arbodiensten (medio 1999) werden aangeschreven; 73 stuurden de vragenlijst terug.

nieuwe werknemers niet bevallen (inhoudelijk dan wel vanwege gezondheids-aspecten), dan kan men ze zonder al te veel argumenten ontslaan. Overigens stelt de 'Flexwet' hier wel beperkingen aan.

Onzekerheid/duidelijkheid invulling WMK
Met in gedachte dat door de WMK vaker mensen kunnen worden aangenomen die medisch niet helemaal geschikt zijn voor de functie, is in interviews aan de bedrijfsartsen gevraagd of zij hiermee ervaring hadden. ArboNed had ervaring met ziekteverzuimgevallen die hieraan toe te schrijven zijn. Zij adviseren de werkgever dan ook om bij het eerste verzuim van een nieuwe werknemer te vragen naar arbeidsongeschiktheid en WAO in het verleden.

2.9 Zelfregulering: Inleiding

Met betrekking tot zelfregulatie is:
1. Onderzoek verricht naar de wijzen waarop representatieve organisaties van werkgevers, verzekeraars, consumenten en patiënten, en artsen de hun opgedragen taken ten aanzien van de zelfregulering hebben uitgevoerd en met welke resultaten.
2. Onderzoek verricht naar protocollen, convenanten en andere afspraken gemaakt in het kader van de zelfregulering.

Het blijkt dat er noch op het terrein van aanstellingskeuringen, noch op het terrein van verzekeringskeuringen sprake van is dat, de door artikel 9 en artikel 13, geconditioneerde zelfregulering is uitgevoerd door *alle* representatieve organisaties. Er kan worden geconcludeerd dat: De taken ten aanzien van de zelfregulering niet naar verwachting zijn uitgevoerd en er (dan ook) geen protocollen, convenanten en andere afspraken zijn gemaakt in het kader van de zelfregulering.

Wel is het zo dat op het gebied van aanstellingskeuringen een aantal initiatieven heeft geleid tot nadere afspraken. Zo wordt het Protocol Aanstellingskeuringen (uit 1996) nu door alle partijen erkend en is de ARA-richtlijn tot stand gekomen, hoewel zonder medewerking van werkgevers.
Deze initiatieven worden nu op aandringen van de Kamer aangevuld met een Algemene Maatregel van Bestuur voor een klachtenregeling aanstellingskeuringen.

Eind 1995 werd door organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten, consumenten en artsen overeenstemming bereikt over gedragsregels rondom de aanstellingskeuring. In het Protocol aanstellingskeuringen (PAK) is bepaald met welk doel en onder welke voorwaarden een aanstellingskeuring mag plaats hebben. Ook zijn regels gegeven over de wijze van rapportage, het recht op informatie en het recht op herkeuring. In de slotbepaling spraken partijen af nog datzelfde jaar een onafhankelijke klachtenprocedure in het leven De politiek besloot in 1996 het spoor van een wettelijke regeling te vervolgen en op dat moment zeiden de betrokken werkgevers-organisaties hun medewerking aan het vervolgtraject op.[105] In hun visie is wetgeving overbodig, omdat over dit onderwerp nu vrijwillige afspraken gemaakt zijn en daarmee tevens onwenselijk. Inderdaad is de WMK op punten een codificatie van zaken die al

[105] Brief van de Raad van Centrale Ondernemingsorganisaties aan de KNMG d.d. 13.12.96 met afschrift aan de minister van VWS, de staatssecretaris van SZW en de indiener van het wetsvoorstel-WMK.

'vrijwillig' – zij het onder de druk van een dreigend ingrijpen door de wetgever - zijn afgesproken. Op een aantal andere onderdelen gaat de wet evenwel verder dan de normstelling in het PAK en voorts is uiteraard een verschil dat de in een wet neergelegde normen onbeperkt geldig zijn en niet eenzijdig kunnen worden opgezegd.
Gedurende 1995 en 1996 is door een werkgroep van de begeleidingscommissie protocol Aanstellingskeuringen aan een klachtenprocedure gewerkt. Dit leidde tot een voorstel om een landelijke klachtencommissie in het leven te roepen, bestaande uit een aantal deskundigen en enkele onafhankelijke leden. Het streven was deze klachtencommissie onder te brengen in een stichting welke aangehaakt zou kunnen worden bij de SER.
Het protocol is algemeen geaccepteerd maar de betrokken partijen hebben over de klachtenprocedure geen overeenstemming weten te bereiken. De werkgeversorganisaties vertegenwoordigd in het RCO lieten namelijk weten niet meer deel te nemen aan (vervolg-)activiteiten in het kader van het Protocol Aanstellingskeuringen, waaronder het tot stand komen van een klachtenprocedure.
Een werkgroep van de Stichting van de Arbeid heeft vervolgens de mogelijkheden van zelfregulering onderzocht met betrekking tot het tot stand komen van een klachtenregeling. De Stichting van de Arbeid heeft in juni 1999 de Staatssecretaris van Sociale Zaken en werkgelegenheid laten weten geen kans te zien om tot zelfregulering te komen. Hierop is in de Kamer aangedrongen om – conform artikel 14 van de WMK – via een Algemene Maatregel van Bestuur een klachtenregeling betreffende de aanstellingskeuringen tot stand te brengen.

Na deze ruwe schets van de stand van zaken rond zelfregulatie bij aanstellingskeuringen wordt in dit hoofdstuk toch wat dieper ingegaan op de tot nu toe tegenvallende resultaten. Dit gebeurt aan de hand van verzamelde documenten, waaronder het Advies Klachtenregeling Aanstellingskeuringen van de Begeleidingscommissie Protocol aanstellingskeuringen (oktober 2000). Verder is de problematiek besproken met de diverse vertegenwoordigers van de representatieve partijen, onder meer tijdens de EBR-sessies.

2.9.1 Advies AMvB Klachtenprocedure en klachtencommissie

In zijn brief (d.d. 13-04-2000) vraagt de Staatssecretaris van SZW, gesteund door het Ministerie van VWS aan de BC-PAK een advies over:

1. De opstelling van een kader waaraan de rechtmatigheid van een aanstellingskeuring kan worden getoetst. Hij vraagt aan te geven "voor welke functies en in welke omstandigheden nu wel of niet bijzondere eisen moeten worden gesteld op het punt van de medische geschiktheid (waaronder wordt begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid), die het uitvoeren van een aanstellingskeuring rechtvaardigen." Het gaat hierbij dan vooral om de invulling van artikel 4 lid 1. Daarnaast verzoekt hij met betrekking tot artikel 3 lid 2 na te gaan of aan het begrip 'onevenredige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer' een nadere invulling is te geven.
2. Het tweede verzoek van de Staatssecretaris betreft de in te stellen klachtencommissie en klachtenprocedure in het kader van de Wet op de medische keuringen. Hierbij wordt gevraagd kenbaar te maken in het advies of de bepalingen genoemd in de conceptklachtenregeling bij het Protocol Aanstellingskeuringen nog steeds hanteerbaar zijn voor de door de overheid in te stellen klachtencommissie.

Bovendien verzoekt de Staatssecretaris na te gaan of reeds bestaande commissies - in het bijzonder de Commissie gelijke behandeling - hierbij tot voorbeeld kunnen strekken.

Ad 1
Gebleken is dat de BC-PAK het moeilijk vond om op de vraag over rechtmatigheid van de aanstellingskeuringen specifieke antwoorden te geven. Zeker de vraag "voor welke functies en welke omstandigheden nu wel of niet bijzondere eisen moeten worden gesteld" is niet te beantwoorden. Er zijn duizenden 'functies' en nog veel meer 'omstandigheden' te benoemen die onmogelijk in een AMvB kunnen worden uitgewerkt, aldus de BC-PAK. Ook het Protocol Aanstellingskeuringen geeft op zich weinig aanknopingspunten om deze vraag te beantwoorden.
Ten aanzien van de opstelling van een kader waaraan de rechtmatigheid van een aanstellingskeuring kan worden getoetst schrijft de BC-PAK in haar advies dat de op te richten Klachtencommissie voor het beoordelen van de klacht of van het verzoek dat aan hen wordt voorgelegd, gebruik kan maken van drie algemene kaders. De klachten commissie zal dan moeten nagaan:
- of er voor de betreffende functie specifieke functie-eisen zijn beschreven en of dit met voldoende zorgvuldigheid is gedaan. Voor de beantwoording van dit aspect kan de klachtencommissie te rade gaan bij de werkgever en bij de bedrijfstak van de klager.
- of deze functie-eisen in medische termen zijn vertaald, en wel zodanig dat de arts daar in een keuringssituatie iets mee kan. Voor de vertaling in medische termen kan gekeken worden naar de opvattingen die binnen de beroepsgroep van de bedrijfsartsen en binnen de wetenschappelijke literatuur hierover leven.
- of bij de keuringsprocedure de wettelijke procedure en het Protocol Aanstellingskeuringen zijn gevolgd en aan de eis van een niet onevenredig zware inbreuk op de privacy van de gekeurde is voldaan.

De BC-PAK is van oordeel dat voor al de drie kaders een bevestigend antwoord moet zijn gegeven om van een rechtmatige aanstellingskeuring te kunnen spreken. Indien één of meerdere van de bovengenoemde kaders niet positief wordt bevonden heeft de klachtencommissie gegronde redenen om de klacht of het verzoek in behandeling te nemen.

Wat betreft het derde punt over 'onevenredig zware inbreuk op de privacy' merkt de BC-PAK het volgende op: "Nadat de vraag is beantwoord of wel of geen aanstellingskeuring gerechtvaardigd is, moet vervolgens worden beoordeeld of de aard, de inhoud en de omvang van de keuring evenredig zijn met het nagestreefde doel van de aanstellingskeuring." De gekozen middelen moeten geschikt en noodzakelijk zijn om het nagestreefde doel te bereiken. Gekozen moet worden voor middelen die het minst ingrijpen in de privacy en/of lichamelijk integriteit. De toetsing aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit dient plaats te vinden aan de hand van de omstandigheden van de concrete functie.

De BC-PAK is van oordeel dat de in te stellen Klachtencommissie moet starten met de mogelijkheden die op dit moment voor handen zijn, namelijk de WMK, het Protocol Aanstellingskeuringen en de ARA. Voor de beoordeling van de klachten kunnen zij waar nodig deskundig advies inwinnen.
In artikel 3 tweede lid van de WMK is aangegeven welke onderzoeken in ieder geval geen onderdeel van de medische keuring mogen uitmaken.

Ondanks de beperkingen die de ARA kent dient de daarin gebruikte systematiek een eerste aanzet te zijn om de rechtmatigheid van de keuring vast te stellen. Als gevolg van de ontwikkeling van verdere jurisprudentie zullen de kaders voor rechtmatigheid steeds duidelijker kunnen worden vastgesteld. Op basis van deze jurisprudentie kan overigens ook blijken op welke punten het Protocol Aanstellingskeuringen zelf bijstelling behoeft.

Ad 2
De BC-PAK is van oordeel dat de conceptklachtenregeling Protocol Aanstellingskeuringen op enkele wijzigingen na gehandhaafd kan blijven. Met betrekking tot de in te stellen Klachtencommissie aanstellingskeuringen kan slechts ten dele aangesloten worden bij de Commissie gelijke behandeling. Deze kan als voorbeeld dienen voor de opzet van de in te stellen Klachtencommissie. Dit vanwege punten van verwantschap van de Commissie gelijke behandeling en de in te stellen Klachtencommissie voor wat betreft hetgeen zij moeten toetsen. Bij beide zijn namelijk in het geding:
- grondrechten die bij wet in formele zin worden beschermd,
- het gelijkheids- en non-discriminatiebeginsel,
- de toegang tot de arbeid,
- de sollicitatieprocedure.

Daarnaast gaat het bij beide commissies om instelling door de overheid.

In eerste aanleg lijkt het op grond van organisatorische en financiële overwegingen zeer praktisch om een kamer van de Commissie gelijke behandeling klachten in ontvangst te laten nemen. Er zijn (echter) principiële bezwaren genoemd tegen een dergelijke constructie, waarom de BC-PAK nadrukkelijk pleit voor een zelfstandige Klachtencommissie Aanstellingskeuringen.
De bezwaren tegen een Kamer aanstellingskeuringen bij de Commissie gelijke behandeling zijn voor de BC-PAK doorslaggevend en zij adviseert de instelling van een zelfstandige Klachtencommissie aanstellingskeuringen. Dit advies is ingegeven door twee overwegende bezwaren die aan de optie van een Kamer ‘aanstellingskeuringen’ van de Commissie gelijke behandeling kleven:
een te sterke associatie van het klachtenorgaan met ‘gelijke behandeling’, terwijl bij dat Aanstellingskeuringklachten-orgaan ook andere belangrijke leerstukken spelen; daaraan inherente moeilijkheden om het klachtenorgaan een goede en voor alle betrokkenen herkenbare eigen plaats te geven.
Daarbij komt dat in de gelijke behandelingswetgeving sprake is van een ‘verzoek’, terwijl in de WMK gesproken wordt van ‘klacht’, hetgeen implicaties heeft voor de te volgen procedure.

Gelet op het voorgaande wordt bij de beschouwing van de klachtenregeling uitgegaan van een op de artikelen 13 en 14 van de WMK gebaseerde zelfstandige Commissie aanstellingskeuringen.

2.9.2 Zelfnormering door afzonderlijke partijen

Eerder is in hoofdstuk 1 besproken dat artikel 9 van de WMK stelt dat representatieve organisaties van de bij de wet betrokken partijen afspraken kunnen maken over de verschillende opengelaten normen of begrippen, te weten:
- het doel van de keuring;

- het verrichten van aanstellingskeuringen;
- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikel 3 en artikel 8.

Diverse ontwikkelingen zijn beschreven die erop gericht zijn om invulling te geven aan deze normen en begrippen. Tegen de verwachting van de wetgever in waren daarbij echter niet alle representatieve organisaties betrokken. Gedoeld wordt op het opnemen van richtlijnen voor aanstellingskeuringen in de Regeling certificatie arbodiensten, ontwikkeling van richtlijnen voor bedrijfsartsen (de ARA), aanpassing van de sollicitatiecode voor werkgevers en overleg tussen werknemers, werkgevers en arbodiensten over het vastleggen van functie-eisen voor functies die in aanmerking komen voor aanstellingskeuringen. Deze afspraken in de geest, maar niet in de letter van de WMK noemden we zelfnormering. Deze ontwikkelingen geven aan dat de situatie niet hopeloos is. In onderstaand kader worden deze op een rij gezet.

Vormen van zelfnormering in de praktijk die eerder in dit rapport aan de orde zijn gekomen
Richtlijnen voor de keurende arts opgesteld conform de WMK.
Richtlijnen voor het handelen van bedrijfsartsen bij aanstellingskeuringen zijn voor de inwerkingtreding van de WMK vermeld in Protocol Aanstellingskeuringen en de richtlijnen aanstellingskeuringen van de beroepsvereniging NVAB. De Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen (ARA) is in 1998 in opdracht van de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) ontwikkeld. Andere richtlijnen zijn afkomstig van de keuringvrager, of de arbodienst.
Richtlijnen voor de werkgever.
De Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid (NVP) beschikt per 1 april 2000 over een vernieuwde sollicitatiecode (NVP 2000), waarin basisregels zijn gegeven voor de werving en selectie en één landelijke klachtenvoorziening.
Activiteiten op bedrijfssectorniveau.
De vervoer- en bouwsector omschrijven op bedrijfssectorniveau functie-eisen en stellen vast of aanstellingskeuringen nodig zijn, en bepalen de inhoud van een keuring. De organisatie Bedrijfsartsen in de gezondheidszorg (BIG) screende samen met de SKB functies in de gezondheidszorg op functie-eisen.
Overleg met werknemers en arbodiensten aangaande WMK.
In 6% van de bedrijven wordt overlegd met de werknemers over aanstellingskeuringen en in 8% van de bedrijven wordt overlegd met de arbodienst. Dit gebeurt bij middelgrote en vooral grote bedrijven waar aanstellingskeuringen aan de orde zijn.
Arbodiensten met een meldpunt voor klachten over aanstellingskeuringen.

Vier van de vijf bedrijfsartsen werken bij een arbodienst die een klachtenprocedure heeft rond aanstellingskeuringen.

2.10 Samenvatting resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek naar de inhoud en uitvoering van aanstellingskeuringen beschreven.
De samenvatting daarvan en van de antwoorden op de centrale onderzoeksvragen en de conclusies van dit deelonderzoek staan in hoofdstuk 4.

3

Empirisch onderzoek naar verzekeringskeuringen

3.1 Inleiding en aanpak

De Wet op de medische keuringen (WMK, *Stb*. 1997, 636) beoogt de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van keurlingen te beschermen. Bovendien is de wet bedoeld om ongewenste risicoselectie door middel van een aanstellingskeuring of een pensioen- of verzekeringskeuring tegen te gaan.
Het onderhavige hoofdstuk bevat de resultaten van het tweede deelonderzoek, te weten dat naar de inhoud en uitvoering van de regulering door de wet van pensioen- en verzekeringskeuringen. Beide worden verder aangeduid als verzekeringskeuring, aangezien het - ook bij de regulering van de pensioenkeuring - steeds gaat om het aspect gezondheids*verzekering* binnen de voorziening. In dit hoofdstuk gaat het mitsdien om de wetstechnische aspecten van de WMK en de uitvoering daarvan in relatie tot een verzoek om toelating tot een gezondheidsverzekering.

Het onderzoek naar de verzekeringskeuring is uitgevoerd in een termijn van acht maanden. In dit deelonderzoek zijn de volgende onderzoeksmethoden gebruikt:
- een evaluatie van de wettekst;
- bestudering van wetstechnische en onderzoeksliteratuur, beleids- en werkdocumenten;
- telefonische interviews met enkele pensioenfondsen;
- een schriftelijke enquête verzonden aan 90 bedrijfstakpensioenfondsen;
- ongeveer twintig gesprekken met deskundigen en vertegenwoordigers van betrokken instanties (verzekeraars, brancheorganisaties van verzekeraars en van pensioenfondsen, medewerkers van de Ombudsman Schade en Leven, vertegenwoordigers van belangenorganisaties: van werkgevers, werknemers, en van verzekerden.)
- een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van alle partijen.

Het hoofdstuk 3 is verder als volgt opgezet:

Paragraaf 3.2 beschrijft de relevante ontwikkelingen na de invoering van de WMK en in de paragrafen 3.6, 3.7 en 3.8 komen de resultaten van het veldonderzoek aan de orde. Daarbij is paragraaf 3.6 gewijd aan (de naleving van) het keuringsverbod voor de aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringen, paragraaf 3.7 aan de wettelijke restricties voor toelatingskeuringen, derhalve voor die situaties waarin deze zijn toegestaan en paragraaf 3.8 aan de voortgang van de beoogde zelfregulering. De

antwoorden op de centrale onderzoeksvragen en de conclusies van dit onderzoek staan in hoofdstuk 4 (paragraaf 4.3).

3.2 Ontwikkelingen na inwerkingtreding van de WMK

In deze paragraaf worden de voor het onderzoek relevante ontwikkelingen geschetst in de drie jaar dat de Wet op de medische keuringen van kracht is geweest. Eén van deze ontwikkelingen is dat medio 1998 bekend werd dat verschillende verzekeraars – vermoedelijk mede als gevolg van de WMK – maatregelen getroffen hebben om het aan hen toevallende verhoogde risico te beperken. De Staatssecretaris van SZW liet de vaste Kamercommissie van SZW in reactie hierop weten dat, hoewel het voor het trekken van beleidsconclusies nog te vroeg is, waakzaamheid geboden is. Immers, "het gebruik van machtigingen in verband met risicoselectie en van carenztijden kan leiden tot beperkingen in de arbeidsmobiliteit en tot drempels in de toegang tot de gezondheidszorg".

Omstreeks dezelfde tijd werd een oriënterend onderzoek uitgevoerd naar de activiteiten van verzekeraars en pensioenfondsen op het terrein van de aanvullende of vervangende werknemersverzekeringen, ook wel aangeduid als 'de private markt voor sociale verzekeringen' (PricewaterhouseCoopers, 1999). Het onderzoek concentreerde zich op twee vragen. Ten eerste, tot welk nieuw aanbod en tot welke veranderingen in bestaande verzekeringsproducten de veranderde sv-wetgeving heeft geleid. Ten tweede, onder welke voorwaarden aspirant-verzekerden en meer in het bijzonder werkgevers tot verzekeringsproducten worden toegelaten. De resultaten van het onderzoek worden gepresenteerd in oktober 1999 (zie verder paragraaf 3.2.1). De onderzoekers maakten melding van beperkingen waar zij tegenaan zijn gelopen en hebben aangegeven dat voor meer informatie over met name toelatingsvoorwaarden en toepassing van deze voorwaarden meer en mogelijk ook ander onderzoek nodig is. Naar aanleiding van deze conclusies worden (in de brieven van de staatssecretaris van 13 juli, respectievelijk 21 oktober 1999) voorstellen gedaan ten aanzien van het onderhavige evaluatieonderzoek naar de WMK.[106]

In deze paragraaf worden de resultaten gegeven van genoemde eerste verkennende onderzoeken, die mede bepalend zijn geweest voor de aan dit onderzoek ten grondslag gelegde vragen. Paragraaf 3.2.2 benoemt een tweetal rechterlijke uitspraken die beide de met de wet getrokken lijnen hebben verduidelijkt. Beide betreffen de reikwijdte van het keuringsverbod van artikel 4, leden 3-5, en beide zijn mede geïnitieerd door de uitleg van deze bepalingen door het Verbond van Verzekeraars. Ten slotte wordt ingegaan op de ontwikkelingen die hebben geleid tot een convenant tussen verzekeraars, artsen en patiëntenorganisaties op het terrein van de fraudebestrijding. Dit is weliswaar niet een strikt uit de WMK voortvloeiend product geweest, maar wel betreft het een onderwerp waarvoor ten tijde van de parlementaire behandeling meermalen de aandacht is gevraagd. In dit onderdeel (paragraaf 3.4)

---

106 Doel en inhoud van deze voorstellen zijn in de context van het onderhavige evaluatieonderzoek echter niet voor de volle honderd procent duidelijk. De brief maakt immers melding van twee typen onderzoeken: één naar de belemmeringen voor potentiële verzekerden om zich te verzekeren en één naar de voorwaarden waaronder te verzekeren personen of werkgevers tot de genoemde 'nieuwe' verzekeringsproducten worden toegelaten. Het eerste kan, aldus de brief, worden meegenomen in het kader van het evaluatieonderzoek-ANW, het tweede past – kennelijk - in het kader van het onderhavige evaluatieonderzoek.

wordt dan ook, ter introductie, teruggegrepen op de aan dit onderwerp gewijde beschouwingen in de Tweede en vervolgens de Eerste Kamer.

3.2.1 Beleidsonderzoek na invoering van de Wet op de medische keuringen

De enquête van het Verbond van Verzekeraars
Kort na invoering van de Wet op de medische keuringen is door het Verbond van Verzekeraars een schriftelijke enquête onder zijn leden uitgezet naar de gevolgen voor de beleidsvoering van het ingevoerde keuringsverbod. De enquête is ingevuld door maatschappijen die 72% van het premie-inkomen op levensverzekeringen vertegenwoordigen en 60% van het premie--inkomen op de schadebranche ziekte/ ongevallen, de ziektekostenverzekeraars niet meegerekend. Blijkens deze enquête maken verzekeraars gebruik – of zijn zij gebruik gaan maken - van het instrument carenztijd, dat is een eerste periode waarin geen of maar beperkt dekking wordt gegeven. Sommigen hanteren een periode van 5 jaar, meer gebruikelijk is een eerste (gedeeltelijk) onverzekerde periode van 1 tot 3 jaar. De duur is tevens afhankelijk van de aard van het verzekerde risico: bij overlijdensverzekeringen – anders dan als gevolg van een ongeval, in welk geval sowieso geen uitsluiting gehanteerd wordt – kan deze variëren van 1 tot 5 jaar. Bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen gaat het doorgaans om bij de aanvang bestaande en bekende aandoeningen die voor een zekere eerste periode zijn uitgesloten. In zeer incidentele gevallen worden algehele uitsluitingen gehanteerd. Op de vraag of gebruik wordt gemaakt van machtigingen ‘voor inzage in de medische dossiers’ luidt het antwoord dat 11 verzekeraars ‘machtigingsconstructies’ hanteren. In de meeste gevallen betreft het machtigingen om informatie te krijgen over de gezondheidstoestand bij aanvang van de verzekering. Slechts in een beperkt aantal gevallen wordt toegang gevraagd tot alle medische informatie vanaf de aanvang van de verzekering.

Omstreeks dezelfde tijd worden in het vakblad Assurantie Magazine de resultaten afgedrukt van een onderzoek onder de 25 grootste levensverzekeraars. Gevraagd was naar de reacties op de invoering van het keuringsverbod, zoals de invoering van een wacht- of carenztijd, een verhoging van de premie (tariefsverhoging) of de maximering van het pensioengevend salaris.
Onderstaand schema geeft de destijds gepeilde reacties weer.

Schema 3.1 Maatregelen ten gevolge van de invoering van de WMK[107]

Maatregelen	Aantal
Wachttijd dekking	6
Wachttijd dekking met bewijslast	5
Tariefsverhoging	8
Machtiging	4
Maximering pensioengevend salaris	7
Anders	4
geen wijziging	3
in beraad	6

In een brief aan de vaste Kamercommissie van SZW van 13 juli 1999, geeft de staatssecretaris aan dat het voor het trekken van beleidsconclusies nog te vroeg is, aangezien de enquête zo kort na invoering van de wet heeft plaats gehad. Niettemin is waakzaamheid geboden, aangezien het gebruik van machtigingen in verband met

107 Bron Assurantie Magazine, februari 1998.

risicoselectie en van carenztijden kan leiden tot beperkingen in de arbeidsmobiliteit en tot drempels in de toegang tot de gezondheidszorg. Het onderwerp zal mee betrokken moeten worden in het (onderhavige) eerste evaluatieonderzoek-WMK.

Het onderzoek door PricewaterhouseCoopers
In oktober 1999 verschijnt het genoemde rapport van PricewaterhouseCoopers naar de activiteiten van verzekeraars en pensioenfondsen op het terrein van de private markt voor sociale verzekeringen. Hierbij worden de volgende beperkingen gemeld. Vanwege het geringe aantal gesprekspartners kunnen slechts indicatieve uitspraken worden gedaan. Kwantitatieve gegevens blijken niet of nauwelijks beschikbaar en evenmin is het mogelijk gebleken inzicht te verkrijgen in de werkwijze van verzekeraars en pensioenfondsen. Betrokkenen zijn immers ondernemers in de markt en als zodanig niet verplicht om informatie te verstrekken. In veel gevallen is na het verzoek om inlichtingen volstaan met het verstrekken van algemeen brochurematériaal.
Het onderzoek heeft daardoor wél inzicht kunnen verschaffen in de ontwikkeling van nieuwe verzekeringsproducten, maar niet of slechts summier in de voorwaarden, waaronder te verzekeren personen of werkgevers tot deze producten worden toegelaten. In de aanbiedingsbrief aan de Eerste Kamer geeft de minister aan dat wenselijk is dat hier meer informatie over beschikbaar komt 'gezien het belang dat ook van uw zijde aan de beantwoording van deze vraag wordt gehecht'.[108]

3.2.2 De eerste rechterlijke uitspraken: overgangsrecht en de 'individuele' werknemersverzekering

Overgangsrecht: de lopende werkgeverscontracten
Behalve met het keuringsverbod van artikel 4 zelf hadden verzekeraars ook moeite met het feit dat dit ook van toepassing zou worden op de op 1 januari 1998 al gesloten contracten, inclusief afspraken over de omvang van het te verzekeren risico en de daarbij behorende prijsstelling. Verzekeraars hebben Kamerleden weten te bewegen over deze kwestie vragen stellen en achtten zich na de inwerkingtreding van de wet gesteund in hun visie dat het verbod níet voor deze al gesloten contracten zou gelden. Dit standpunt werd echter niet door iedereen gedeeld, zodat vrijwel meteen na de inwerkingtreding van de regeling een mede door de verzekeraars geïnitieerde gerechtelijke procedure over dit vraagstuk is opgestart. Ter bespoediging van een eindoordeel in deze is gekozen voor sprongcassatie zodat, na de rechtbank in eerste aanleg, meteen de Hoge Raad zich hierover zou kunnen uitspreken.
Dit eindoordeel is inmiddels gevallen: na een voor de verzekeraars gunstige uitspraak – dat wil zeggen dat de regeling naar het oordeel van de lagere rechter 'eerbiedigend' bedoeld is – is het pleit op 5 januari van dit jaar definitief beslecht in het voordeel van degenen die menen dat het verbod onmiddellijk werkend ingaat. In de visie van zowel de PG als de Hoge Raad hadden de – door verzekeraar NN aangehaalde – beschouwingen van de minister over het eerbiedigend werkende aspect van de regeling steeds uitsluitend betrekking op het zesde lid van artikel 4 en niet ook op de keuringsverboden van de leden 3 tot en met 5. Op het moment van het schrijven van dit rapport staat mitsdien onomstotelijk vast dat verzekeraars geen keuringen mogen eisen van werknemers die na 1.1.98 in dienst treden bij een bedrijf waarmee een voordien tot stand gebracht meerjarencontract – dat wil zeggen één met geruime tijd gelijkblijvende

[108] Bijl. 2. 'Deze vraag' kan dan terugslaan op de kwestie van de toelatingsvoorwaarden of aan de daaraan ten grondslag liggende vragen vanuit de Eerste Kamer 'of de inschatting juist is dat de premies voor WULBZ-verzekeringen gedifferentieerd omhoog zullen gaan en of verzekeraars meer eisen zullen stellen aan het niveau van de arbodienstverlening die een werkgever afneemt'.

condities - is gesloten. Wel kan zo'n verzekeraar onder omstandigheden een tussentijdse premiebijstelling bedingen, maar dan alleen 'wanneer voldaan is aan de voorwaarden die gelden voor een beroep op onvoorziene omstandigheden of de redelijkheid en de billijkheid'.[109]

Het individuele werknemerscontract: uitspraak van de Raad van Toezicht Verzekeringen

Op 10 april 2000 oordeelt de Raad van Toezicht Verzekeringen over een in februari 1998 ingediende klacht over schending van het keuringsverbod van artikel 4, vierde lid WMK. De uitspraak is vermeldenswaard, aangezien het hier niet gaat om een incidentele wetsovertreding van één verzekeraar, maar om een door het Verbond van Verzekeraars gepropageerde beleidslijn. In de visie van het Verbond is een verzekering niet aan de arbeidsverhouding gerelateerd indien, zoals in dit geval, de werkgever voor de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering slechts faciliterend optreedt en geen bijdrage levert aan de premie, terwijl deelneming in de verzekering facultatief is. Het keuringsverbod van artikel 4, vierde lid WMK is volgens deze opvatting niet bedoeld voor dergelijke 'individuele' verzekeringen en mist hier derhalve toepassing.[110] Deze opvatting wordt door de Raad van Toezicht Verzekeringen verworpen. Naar het oordeel van de Raad kan uit de parlementaire geschiedenis worden afgeleid, dat de term 'verbonden aan de arbeidsovereenkomst' van artikel 4 vierde lid ruim moet worden uitgelegd. In een zodanig ruime uitleg ziet het verbod ook op verzekeringen die, zoals de onderhavige, weliswaar vrijwillig worden aangegaan maar op diverse punten door de werkgever gefaciliteerd worden.[111] De klager krijgt derhalve ten principale gelijk. De klacht zelf wordt echter ongegrond verklaard, nu niet kan worden staande gehouden dat de verzekeraar de goede naam van het verzekeringsbedrijf heeft geschaad. Weliswaar heeft deze een eigen verantwoordelijkheid en kan hij zich niet zonder meer achter het standpunt van het Verbond verschuilen, maar in dit geval betrof het 'de uitlegging van een begrip in een nieuwe wettelijke regeling waarvan de betekenis niet aanstonds duidelijk is'. Wel handelt de verzekeraar in strijd met de goede naam van het verzekeringsbedrijf, indien hij na de uitspraak in zijn standpunt volhardt, aldus de Raad.

3.2.3 Het Convenant Fraudebestrijding: een 'in de periferie van de WMK' tot stand gebrachte regeling

Privacy versus fraudebestrijding: het discours over de Vrede van Tilburg

Ten tijde van de parlementaire behandeling van de WMK is van de kant van met name levensverzekeraars meerdere malen de (politieke) aandacht gevraagd voor het vraagstuk van verzwijging van en zelfs fraude met gezondheidsgegevens. Werkelijk WMK-gerelateerd is het onderwerp niet,[112] maar wel is de politieke aandacht die er met deze wet kwam voor de verzekeringskeuring door verzekeraars gebruikt om deze

---

109 Uitspraak van 05.01.2001, nr. C00/065 HR. Deze duidelijkheid bestaat derhalve eerst vanaf 5 januari 2001. De hierna (hoofdstukken 6 en 7) beschreven gesprekken met verzekeraars hadden plaats op een moment dat de uitspraak in eerste aanleg nog de heersende leer was.

110 VvV, Handleiding WMK, toelichting op artikel 4.4 WMK.

111 Raad van Toezicht Verzekeringen, uitspraak nr. 067.99 d.d. 10 april 2000. In casu was sprake van een samenwerkingsovereenkomst met de verzekeraar, waarin is opgenomen dat de werkgever instaat voor de juistheid van de opgave van het verzekerde inkomen én voor de afdracht van de premie.

112 Voor het onderzoek is het onderwerp in zoverre relevant dat één van de hieraan ten grondslag gelegde vragen ziet op de 'mate van verzwijging' bij het aangaan van verzekeringen.

'steen des aanstoots' voor het verzekeringsbedrijf op de agenda te krijgen. Een belangrijk belemmering om het fenomeen fraude/verzwijging effectief aan te pakken is in hun visie een convenant dat nu bijna 100 jaar geleden is gesloten tussen de toenmalige organisatie van levensverzekeraars en de voorganger van de KNMG over de informatieverstrekking van artsen aan verzekeraars. Deze zogenaamde Vrede van Tilburg houdt, kort gezegd, in dat artsen uitsluitend informatie over iemands doodsoorzaak aan een (levens)verzekeraar verstrekken, nadat deze tot uitkering is overgegaan en dan puur en alleen voor statistische doeleinden.[113] Medewerking aan een eventueel op de opsporing van fraude gericht onderzoek wordt onder geen beding verleend, nu dit botst met het medische ambtsgeheim. Verzekeraars menen dat deze afspraak dringend aan revisie toe is en vinden de artsenorganisatie KNMG hierin principieel op hun pad. Een vrijelijke informatieverstrekking door artsen over zaken die mogelijk schadelijk zijn voor de eigen patiënt raakt immers aan het medische beroepsgeheim en het daarin besloten belang dat mensen zich zonder vrees voor nadelige consequenties tot een (medische) hulpverlener moeten kunnen wenden. Het verschil in opvatting is derhalve vrij fundamenteel en daardoor vrijwel onoverbrugbaar. Ondanks diverse aan het onderwerp gewijde besprekingen slaagden partijen er daardoor almaar niet in tot een voor beiden aanvaardbaar compromis te komen.

Fraudebestrijding; politieke aandacht in de context van de WMK
Verzekeraars hebben het onderwerp mitsdien in de context van de parlementaire behandeling van de WMK onder de aandacht van de Tweede Kamer gebracht. Deze betoonde zich gevoelig voor het argument dat verzekeraars – althans in gevallen waarin fraude wordt vermoed - moeten kunnen beschikken over bepaalde medische gegevens van overleden verzekerden, teneinde een effectief opsporingsbeleid naar verzwijging en/of fraude te kunnen voeren. Bij monde van de motie-Van Hoof (*Kamerstukken II*, 1996/97, 23 259, nr. 41) is de regering opgeroepen alles in het werk te stellen om de onderhandelingen tussen KNMG en Verbond weer vlot te trekken. Op het moment dat de wet in de Eerste Kamer werd behandeld, was hierin nog maar weinig voortgang geboekt, zodat de kwestie ook hier onder de aandacht van de regering werd gebracht. De minister voelde er evenwel weinig voor om 'alleen op grond van de wensen van verzekeraars' onverhoeds een standpunt in te nemen over deze 'uitermate gevoelige materie'. En dit temeer nu aan het openbreken van het medisch ambtsgeheim ten aanzien van de doodsoorzaak ook aspecten zitten die buiten het bestek van de WMK gelegen zijn (Nadere MvA/EK, p. 8). De kwestie is derhalve niet in de context van de WMK opgelost, maar wel zijn vrijwel meteen na inwerkingtreding van de wet de pogingen hervat om partijen weer om de tafel en tot zaken te krijgen.

De totstandkoming van het Convenant Fraudebestrijding; relevantie voor dit onderzoek.
Het resultaat van deze inspanningen volgt ongeveer twee jaar later: op 26 november 1999 wordt een convenant getekend inzake de bestrijding van fraude met gezondheidsgegevens. Het convenant bevat een 'afspraak voor een proef met een vorm van toetsing van een vermoeden van verzwijging bij het aangaan of wijzigen van een levensverzekering'. Ten behoeve van deze proef wordt een onafhankelijke toetsingscommissie ingesteld, die de taak krijgt onderzoek te doen ingeval van een vermoeden van fraude[114]. Dit vermoeden moet gebaseerd zijn op één van de bij het Protocol

113 De 'vrede' bevatte meerdere onderdelen, maar alleen deze informatieverstrekkingsbepaling was ten tijde van de totstandkoming van de WMK nog van kracht.
114 Volgens commentatoren 'vindt het onderzoek naar fraude plaats op uitdrukkelijk verzoek van de KNMG en BPV&P.

behorende fraudeindicatoren.[115] Partijen verplichten zich hun leden op te roepen aan de uitvoering van het convenant mee te werken. In dit verband spant het Verbond zich in zijn leden af te houden van machtigingsconstructies voor het verkrijgen van inzage en adviseert de KNMG de eigen leden aan het onderzoek van de toetsingscommissie mee te werken, voor zover dit conform het convenant plaatsheeft. September 2000 wordt overeenstemming bereikt over een reglement voor de toetsingscommissie en kort hierna wordt, in opdracht van het Verbond van Verzekeraars, een vooronderzoek naar de omvang van fraude met gezondheidsgegevens gestart.
Voor het onderhavige onderzoek is deze ontwikkeling slechts zijdelings van belang. Eventuele resultaten van deze partijafspraak komen mogelijk aan de orde in een opvolgend evaluatieonderzoek, maar vooralsnog is de Vrede van Tilburg de heersende leer. Wel is deze ontwikkeling in zoverre relevant, dat het Convenant Fraudebestrijding het eerste product van zelfregulering is, dat op basis van de in de WMK gegeven draagvlakformule tot stand is gekomen. Als zodanig kan het mogelijk als model dienen voor eventuele opvolgende, nu nog te concipiëren, WMK-regelingen.

3.3 Arbeidsgerelateerde verzekeringen: het keuringsverbod van artikel 4

3.3.1 Inleiding

Door de invoering van de Wet op de medische keuringen (WMK) geldt voor de aan een arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringen een keuringsverbod. Verzekeraars en pensioenfondsen mogen voor de toelating tot deze verzekeringen geen gezondheids-vragen stellen of medische onderzoeken afnemen. Ook het vooraf vragen van machtigingen teneinde de gewenste informatie elders te verkrijgen is op grond van dit verbod uitgesloten. In deze paragraaf staat de naleving van dit verbod centraal, alsmede de vraag in hoeverre dit flankerend beleid heeft gegenereerd om de uit dit verbod voortvloeiende dan wel de hiervan verwachte effecten te ondervangen. Met deze vragen zijn zowel pensioenfondsen als verzekeraars benaderd. De benadering van pensioenfondsen is een andere geweest dan die van verzekeraars, nu aan deze laatsten ook nog geheel andere vragen gesteld dienden te worden dan die terzake van het keuringsverbod. Bovendien waren over pensioenfondsen nog geen aanvangs-gegevens bekend over de wijze van naleving en de ter ondervanging getroffen (tegen)maatregelen. Pensioenfondsen zijn derhalve niet individueel met een serie persoonlijk te stellen vragen benaderd, maar middels een schriftelijke enquête die is voorafgegaan door enig voorbereidend telefonisch onderzoek.

Deze paragraaf is als volgt opgezet. In paragraaf 3.3.2 worden de reacties van pensioenfondsen beschreven en van commentaar voorzien. Paragraaf 3.3.3 is gewijd aan de verzekeringsbranche. Ingegaan wordt op de wijze van naleving van het keuringsverbod en op beleidsaanpassingen die sommige (niet alle) van hen hebben genomen om de vermeende of reële extra risico's die het keuringsverbod met zich mee zou brengen, te ondervangen. Vervolgens komt het consumentenperspectief aan de orde. Ingegaan wordt op de thans bekende klachten over of naar aanleiding van het keuringsverbod en het flankerend beleid. In het bijzonder betreft dit het aspect van de eerbiedigende werking, de interpretatie van het criterium 'arbeidsgerelateerd' en de

115 Bijvoorbeeld: de aanwezigheid van meerdere relevante polissen op dezelfde naam, de hoogte van het verzekerde bedrag, of een wijziging van de begunstigde of het verzekerde bedrag kort voor het overlijden.

door het keuringsverbod minder zichtbaar geworden gaten in de verzekeringsdekking van wat voorheen publieke sociale zekerheid was.
Aan het eind van beide paragrafen (3.3.2 en 3.3.3) worden enige eerste conclusies getrokken.

3.3.2 Pensioenfondsen: naleving van en reacties op het keuringsverbod

3.3.2.1 Een eerste telefonische verkenning

In de eerste telefoonronde is één groot ondernemingspensioenfonds benaderd en drie bedrijfstakpensioenfondsen, waaronder het landelijk grootste bedrijfstakfonds. Aan alle is gevraagd of ze een traditie van keuren hebben, of de WMK hierin verandering heeft gebracht dan wel of ten gevolge van de invoering van de WMK andere maatregelen zijn getroffen. Alle benaderde pensioenfondsen zeggen niet of nauwelijks invloed van de WMK te hebben ondervonden: de toetreding tot het fonds was en is vrij van keuring. Van de zijde van het ondernemingsfonds is hieraan toegevoegd dat het fonds zo groot is en financieel zo stabiel, dat keuringen overbodig zijn. Het vermogen van het fonds is vele malen groter dan de pensioenverplichtingen en eventuele risico's kunnen gemakkelijk gedragen worden. Ook de vrees voor antiselectie speelt geen rol, omdat het streven erop gericht is alle werknemers in het fonds te krijgen. Men zegt niet te keuren. Het grootste benaderde bedrijfstakfonds zegt evenmin te keuren. In de visie van dit fonds is het bij de toetreding als deelnemer van tweeën één: de deelnemer wordt op een zeker moment pensioengerechtigd, of hij overlijdt met achterlating van een kwalificerende echtgenoot. In beide gevallen wordt pensioen uitgekeerd, in de ene situatie ouderdomspensioen, in de andere nabestaandenpensioen. De invoering van het keuzerecht tussen beide heeft hierin (nog) geen wijziging gebracht. Vooralsnog vindt men keuren zonde van de tijd en het geld. Van de kant van de twee middelgrote bedrijfstakfondsen wordt daarentegen gesteld dat toelatingskeuringen hier wel degelijk plaatshebben. Zo wordt bij een aanvrage tot toetreding tot een aanvullende WAO-gatverzekering aan de beoogde deelnemer een (summiere) lijst met gezondheids-vragen toegestuurd waarna, als daar vervolgens aanleiding toe lijkt, een medisch onderzoek plaatsheeft.

3.3.2.2 De schriftelijke enquête onder bedrijfstakfondsen

Boven genoemde telefoonronde bevestigde het vermoeden dat er ook bij de pensioenfondsen in het kader van de WMK iets aan de hand zou kunnen zijn. Als volgende stap is, ondersteund door een aanbevelingsbrief van de Vereniging van bedrijfspensioenfondsen (VB) een schriftelijke enquête uitgezet onder alle (ongeveer 90) bedrijfstakpensioenfondsen. Deze is door 56 fondsen beantwoord, derhalve een respons van 672 procent. Het aantal actieve deelnemers van deze fondsen bedraagt bijna drieëneenhalf miljoen personen (3.432.834).
Uitgesplitst naar grootte (minder dan 5 duizend, tussen 5 duizend en 25 duizend, meer dan 25 duizend) gaat het om:

- 22 fondsen met minder dan 5.000 actieve deelnemers
- 16 met 5.000 en 25.000 actieve deelnemers en
- 18 met meer dan 25.000 actieve deelnemers.

Voor het verkrijgen van een representatief beeld is een respons van ruim 60% voldoende. Bovendien is er de spreiding naar klein, middelgroot en groot onder de pensioenfondsen die gereageerd hebben evenredig.

De enquête nader belicht.[116]

1. Het type verzekering
In de enquête is niet specifiek gevraagd voor welke verzekeringen gezondheids-gegevens worden gevraagd. Uit de antwoorden blijkt dat het om ofwel een al dan niet vrijwillige WAO-gatverzekering gaat, ofwel een ANW-hiaatverzekering.

Onderstaand staatje (Tabel 3.1) geeft de binnengekomen reacties weer.

Tabel 3.1 Vragen naar gezondheid bij intrede of aanmelding

		Wordt bij intreden van het risico om gezondheidsgegevens gevraagd?			
		Nooit	Alleen, indien aanleiding	Altijd	Totaal
Wordt bij aanmelding om Gezondheidsgegevens gevraagd?	Nooit	88,9 % (48)	9,3 % (5)	1,8 % (1)	96,4 % (54)
	Alleen, indien aanleiding		1,8% (1)		1,8 % (1)
	Altijd	1.8 % (1)			1,8 % (1)
Totaal		87,5 % (49)	10,7 % (6)	1,8 % (1)	100 % (56)

2. Het vragen van gegevens bij aanmelding
Eén fonds geeft aan *bij de aanmelding als nieuwe deelnemer* altijd om gezondheidsgegevens te vragen. Dit fonds biedt WAO-gatverzekeringen die op vrijwillige basis kunnen worden afgesloten. *Bij het intreden van het risico* wordt bij dit fonds nooit om gezondheidsgegevens gevraagd. Het tweede fonds dat bij aanvang om gezondheidsgegevens vraagt, doet dit alleen indien daartoe aanleiding bestaat. In een begeleidend schrijven geeft dit fonds aan dat bij aanmelding voor een verplichte verzekering nimmer om gezondheidsgegevens wordt gevraagd. Bij een individuele, vrijwillige verzekering kan dit aan de orde zijn als de aanmelding niet binnen een redelijk termijn na indiensttreding plaatsvindt. Bij deelnemers aan de verplichte verzekering die vrijwillig een aanvullende verzekering willen afsluiten, wordt alleen bij hoge bedragen om gezondheidsgegevens gevraagd.
Drie pensioensfondsen geven aan in het verleden wel om gezondheidsgegevens bij de aanmelding gevraagd te hebben (en wel: 'wanneer daartoe aanleiding bestaat'), maar dit nu niet meer te doen. Als 'aanleiding' wordt door allen de aanvrage voor een verzekering boven de WAO-premiegrens genoemd, derhalve de zogenaamde

116 De tekst van de enquête is op te vragen bij het HSI.

excedentverzekering. Deze pensioenfondsen, die allen geen aanvullende WAO-verzekering of ANW-hiaatverzekering aanbieden, verzorgen de verzekeringen via verzekeraar G2, een maatschappij die zoals hierna aan de orde zal komen het eigen beleid ten gevolge van de WMK heeft aangepast. Deze door de pensioenfondsen aangegeven beleidswijziging is dan ook waarschijnlijk eveneens onder de druk van de WMK tot stand gekomen.[117]

3. Het vragen van gegevens bij intreden van het risico (de praktijk bij 7 fondsen)
Zeven pensioenfondsen hebben aangegeven gezondheidsgegevens te vragen bij het intreden van het risico. Bij één is dit een louter theoretische mogelijkheid. Men zegt wel daartoe 'als daar aanleiding toe is' over te gaan, maar in de praktijk gebeurt dit feitelijk niet. Van de zes fondsen die wel navrage doen en daartoe werken met machtigingen, zegt één navrage te doen bij de werkgever, drie bij de werknemer zelf en vijf bij de behandelend arts.[118]

4. Het gebruik van machtigingen (de praktijk bij 6 fondsen)
Alle zes fondsen die gezondheidsgegevens opvragen doen dit met behulp van een machtiging.[119] Deze worden steeds gevraagd op het moment dat het risico intreedt, derhalve niet bij de aanvang van de verzekering. De gezondheidsgegevens worden bij vier verzameld door de medisch adviseur en bij twee door de gevalsbehandelaar.
Zes andere, alle pensioenfondsen die de polissen hebben ondergebracht bij verzekeraar G2, geven aan niet om gezondheidsgegevens bij intreden van het risico vragen, behalve wanneer met de term 'intreden van het risico' ook wordt gedoeld op het recht verkrijgen op een WAO-uitkering. In dat geval wordt wel een machtiging gevraagd en wordt deze aangewend om de beschikking van de uitvoeringsinstelling-sv over de mate van de arbeidsongeschiktheid op te kunnen vragen.

5. De aanleiding tot het doen van navrage (de praktijk bij 7 fondsen)
Er zijn diverse redenen om bij intreden van het risico navrage te doen. Eén fonds doet dit na het intreden van het risico (in casu arbeidsongeschiktheid) altijd, de zes andere alleen indien daartoe aanleiding bestaat. Als aanleiding tot het vragen van gezondheidsgegevens zijn de volgende voorbeelden genoemd:[120]

- een overlijden binnen 1 jaar na aanvang van de verzekering (2 maal);
- het terugkomen op een eerder gemaakte keuze (1 maal). Degene die dit voorbeeld noemt, geeft tegelijk aan dat dit een wettelijke mogelijkheid is waarvan in de praktijk feitelijk geen gebruik wordt gemaakt;
- een te laat aangevraagde premievrijstelling onder vermelding (door de aanvrager) dat deze niet eerder is aangevraagd wegens gezondheidsredenen (1 maal);
- een toename van de arbeidsongeschiktheid, terwijl de betrokkene aangeeft de premievrije deelneming te willen voortzetten (2 maal);

---

117 Helemaal zeker is dit niet, nu deze vraag niet met zoveel woorden is gesteld.

118 Sommige fondsen noemen meer dan één categorie, zodat het totaalaantal niet correspondeert met het aantal fondsen die op deze vraag positief geantwoord hebben.

119 Een machtiging is een document waarin een verzekerde of een aspirant-verzekerde de medische adviseur van de verzekeraar toestemming geeft bij een hierin met name te noemen arts navraag te doen over zekere aspecten van zijn gezondheid. Gezondheidsverzekeraars maken om uiteenlopende redenen gebruik van machtigingen: bij verzekeringen waarvoor geen keuringsverbod geldt, om opheldering te krijgen over verzekeringstechnisch relevante gegevens. Doorgaans betreft het vragen die zijn gerezen naar aanleiding van door de aspirant-verzekerde gemelde klachten of onderzoeken. Of - en dit kan in beginsel bij ieder type verzekering - om opheldering te krijgen over de aard en de oorzaak van het inmiddels ingetreden risico.

120 Als boven.

- de omstandigheid dat op het moment van het intreden van het risico niet aan de voorwaarden met betrekking tot de verzekeringsduur is voldaan (1 maal). Deze duurvoorwaarde geldt bij dit fonds voor de verdere premievrije pensioenopbouw bij ongeschiktheid en voor het recht op een nabestaandenuitkering. Echter, wanneer beide (ongeschiktheid/overlijden) het gevolg zijn van een ongeval geldt deze voorwaarde niet. De navrage dient om na te gaan of daarvan sprake is geweest.
- bij een individuele vrijwillige verzekering: als daar op grond van de beperkingen bij acceptatie aanleiding voor is (1 maal).

3.3.2.3 Pensioenfondsen: enige eerste conclusies

Het beeld dat uit beide onderzoeken naar voren komt is dat pensioenfondsen vanouds geen cultuur van keuren hebben, maar dat anderzijds bij gelegenheid wel degelijk om gezondheidsgegevens wordt gevraagd. De door één van hen genoemde praktijk om bij gestelde 'individuele' WAO-gatverzekeringen om gezondheidsgegevens te vragen, is mogelijk in strijd met het keuringsverbod. Zonder nadere informatie valt dit niet met zekerheid te stellen, en bovendien is dit van het aantal respondenten een zo incidenteel geval dat de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat het WMK-keuringsverbod door pensioenfondsen redelijk wordt nageleefd. Ook het gebruik van machtigingen lijkt prudent en in overeenstemming met de doelgerichtheidsnorm van artikel 2 WMK.

3.3.3 Beleidsaanpassingen bij verzekeraars

In dit onderdeel komen de beleidsmaatregelen aan de orde die een aantal - niet alle - van de benaderde verzekeraars heeft getroffen. Over deze maatregelen zijn in de ZON-programmatekst vragen geformuleerd. Verschillende van deze maatregelen houden met elkaar verband en worden om die reden niet, althans niet steeds, apart behandeld maar aan elkaar gekoppeld. Achtereenvolgens komen aan de orde:[121]

- carenztijden en uitsluitingen;
- uitsluitingen en machtigingen;
- uitsluitingen en tariefstelling;
- tariefsverhoging en prognose ten aanzien van tariefstelling;
- maximering pensioengevend salaris;
- het uit de markt nemen van verzekeringsproducten.

3.3.3.1 De selectie van verzekeraars

Verzekeringen worden in ons land door enkele honderden maatschappijen en maatschappijtjes aangeboden. Van hen zijn ca. 270 (ongeveer 95% van de verzekeringsmarkt, gemeten naar bruto-premie-inkomen) aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars. (VvV, 1999). Van deze 270 richt het merendeel zich op hier niet relevante producten zoals brandverzekeringen; ongeveer 30 maatschappijen bieden verzekeringen met een gezondheidscomponent aan.
De bulk van de gezondheidsverzekeringen is in handen van de 5 grootste maatschappijen, die als zodanig ook de toon zetten voor het landelijke verzekeringsbeleid. Zij hebben een belangrijke stem in de bepaling van het Verbondsbeleid dat vervolgens richtinggevend is voor de kleinere maatschappijen. Verzekeraars doen enigszins aan blokvorming, aldus de woordvoerders van de Ombudsmannen Leven en Schade: ze stemmen hun beleid en de verantwoording van

[121] Een carenztijd (ook wel wachttijd) is een eerste periode waarin de in de polis genoemde risico's nog niet of niet volledig verzekerd zijn. De verzekeringsovereenkomst is gestart, de premie wordt betaald, maar het intreden van het risico geeft nog niet per se recht op uitkering. De carenztijd kan absoluut zijn, in de zin dat geen enkel voorval verzekerd is, of beperkt (bepaalde zaken niet).

dat beleid op elkaar af. Deze 5 grootste verzekeraars zijn alle voor dit onderzoek benaderd. Van hen heeft één de medewerking geweigerd. De overige figureren in de hierna volgende verslaglegging als verzekeraar G1-4. Daarnaast zijn ook enkele kleinere maatschappijen benaderd. In de verkennende voorronde is er van diverse zijden op gewezen dat voor een goed branchebeeld ook acht geslagen moet worden op mogelijke verschillen als gevolg van de groot/klein-factor. In dit verband zijn twee enigszins tegengestelde observaties gemaakt. Enerzijds, dat kleinere maatschappijen agressiever en dus, in de termen van de WMK, mogelijk problematischer opereren dan de grotere, die in dit opzicht 'een naam te verliezen hebben'. Anderzijds dat de grotere minder beducht zijn voor verlies van cliënten en daardoor mogelijk eerder geneigd om vast te houden aan een eigen stringent keurings- en toelatingsbeleid. Beide veronderstellingen spreken elkaar tegen, maar hebben het vermoeden gemeen, dat de beleidsvoering bij de kleinere verzekeraar mogelijk afwijkt van dat van de grotere. Voor het onderzoek zijn derhalve ook 3 middelgrote verzekeraars benaderd. In de verslaglegging worden deze opgevoerd als K1-3. Voorts is gesuggereerd ook enige maatschappijen mee te nemen die zonder tussenpersoon, derhalve in een één op één basis, met de cliënt zaken doen, de zgn. *direct writers*. Tussenpersonen zijn volgens de medewerkers van de Ombudsmannen Leven en Schade de zaakwaarnemer van de aspirant-verzekerde en hebben gezien hun kennis van de branche veel invloed op de selectie door aspirant-verzekerden. *Direct writers* zouden daarom als gevolg van hun onafhankelijkheid van tussenpersonen eerder geneigd zijn afwijkende normen voor selectie en toelating te hanteren dan de meer op collectiviteiten gerichte verzekeraars. In het onderzoek zijn derhalve ook drie van dit type verzekeraars betrokken; deze worden in de verslaglegging aangeduid als D1-3.

3.3.3.2 Weinig aanpassingen

Van de benaderde verzekeraars heeft slechts een aantal zijn beleid aangepast aan of als gevolg van de WMK. Dit is gesteld door alle benaderde grote maatschappijen en één kleinere (K1). Nu is deze kleinere maatschappij weliswaar relatief gesproken middelgroot, maar vanwege zijn speciale gerichtheid op het gebied van arbeids-ongeschiktheidsverzekeringen op dit terrein geen kleine speler. Ook één *direct writer*, D3, geeft aan als gevolg van de WMK tot beleidsaanpassingen te zijn overgegaan. De andere maatschappijen stellen om verschillende redenen weinig tot geen effecten te hebben ervaren van de WMK.

(Zo heeft K2 zich pas na de invoering van de WMK op de markt van de arbeids-gerelateerde verzekeringen begeven. Deze maatschappij stelt dan ook geen inschatting te kunnen maken van de situatie voor en na de invoering van de WMK: er is immers geen relevant vergelijkingsmateriaal, althans niet ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Het directielid van de derde kleine verzekeraar, K3, betwijfelt of men een zinnige bijdrage kan leveren aan deze evaluatie. Deze maatschappij heeft relatief weinig ervaring met de WMK en het marktaandeel is te beperkt om er een beleid op vast te kunnen stellen. Deze maatschappij stelt met het eigen ad hoc beleid niet de steekproef te willen vertekenen. Twee van de benaderde *direct writers* (D1 en D2) geven eveneens aan geen effect van de wet te hebben ondervonden. D1 heeft geen arbeidsgerelateerde contracten in zijn portefeuille en D2 verzorgt sowieso betrekkelijk weinig levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Deze maatschappij heeft dan ook al helemaal geen traditie van keuren: voor de invoering van de WMK keurde men al bijna nooit en sinds de invoering van de WMK in het geheel niet meer. De reden voor deze maatschappij om niet of nauwelijks te keuren

is, ten eerste, dat men de voorspellende waarde van keuringen vrijwel nihil vindt en ten tweede het kostenaspect van keuringen.)

Centraal staan in het vervolg de reacties van de verzekeraars, die hebben aangegeven wel beleidsaanpassingen te hebben doorgevoerd als gevolg van het WMK-keurings-verbod. Dat zijn derhalve de vier grote maatschappijen (G1-4), de middelgrote K1 en de *direct writer* D3.

3.3.3.3 Beleidsaanpassingen als gevolg van de WMK

De beleidsmaatregelen die door deze verzekeraars zijn getroffen hebben steeds betrekking gehad op de individuele contracten en de kleine collectiviteiten. Bij dit type contracten immers, speelt volgens de jurist van G3, anti-selectie een veel grotere rol dan bij grote collectieve contracten. Deze maatschappij zegt, evenals K1, bij deze grote contracten ook in het verleden niet of nauwelijks met keuringen te hebben gewerkt. Als er al gekeurd werd, betrof het een summiere lijst van gezondheidsvragen. Het kwam volgens K1 vooral neer op de vraag: bent u gezond? In de interviews wordt erop gewezen dat in de aanloopdiscussie tot de wet meermalen is gewaarschuwd dat het keuringsverbod consequenties zou hebben voor het toelatingsbeleid van verzekeraars. Behalve de voorziene instrumenten van een algehele premieverhoging en een maximering van te verstrekken uitkeringen is gesproken over eventuele wacht- of carenztijden, de invoering van algemene of meer specifieke uitsluitingen en de intensivering van het gebruik van machtigingen om de gewenste gegevens alsnog, vooraf of achteraf, te achterhalen. Zoals hiervoor (hoofdstuk 5) al is aangegeven was van dit type maatregelen al gebleken door een aan het onderhavige onderzoek voorafgaand onderzoek, dat kort na 1.1.1998 is uitgevoerd.

1. Carenztijden en uitsluitingen

Van de voor het onderhavige onderzoek ondervraagde verzekeraars geven vijf aan bij de invoering van de wet de risico's te hebben willen inperken middels carenztijden; drie hebben de invoering van dit instrument niet overwogen en één van hen - D3 – werkte al vóór de invoering van de WMK met carenztijden. Schematisch zien de bevindingen er aldus uit.

Tabel 3.2 Invoering carenztijden

	G1	G2	G3	G4	G5[122]	K1	K2	K3	D1	D2	D3
Ja	X	X	X		X			X			
Nee				X		X	X				X
n.v.t.									X	X	

Bovenstaande wachttijden zijn vrijwel nooit absoluut, maar altijd onder zekere omstandigheden. Absolute carenztijden komen volgens de medisch adviseur van G1 niet of nauwelijks meer voor. Dit was bij de inwerkingtreding van de WMK nog wel het geval: zowel G2 als G3 hebben enige tijd gewerkt met absolute carenztijden. Bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, bijvoorbeeld, keerden beide maatschappij niet uit als de werknemer in de bedongen carenztijd geveld werd door een ziekte, door welke oorzaak ook. Maatschappijen als G1, G5 en D3 daarentegen beperkten de

[122] Hoewel G5 aan dit onderzoek geen medewerking wilde verlenen, zijn de maatregels die deze maatschappij bij de invoering van de WMK heeft getroffen bekend. Ze zijn immers in het Assurrantiemagazine gepubliceerd.

uitsluiting in de carenztijd tot bij de aanvang van de verzekering bekende en/of bestaande aandoeningen. Momenteel is er, volgens de zegsman van G1, nog maar één maatschappij die zowel bij ziekte als overlijden een carenztijd met een algehele uitsluiting hanteert en wel voor de duur van één jaar.

De invulling van dit instrument bij de grote maatschappijen is de volgende:
G1 hanteerde ten tijde van de invoering van de WMK een carenztijd van vijf jaar bij overlijdens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen ingeval van een bij de aanvang van verzekering bekende aandoening; tegenwoordig werkt deze verzekeraar niet of nauwelijks meer met carenztijden.
G2 hanteert dit instrument bij individuele contracten - pensioen- en aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen - en bij collectieve contracten voor minder dan vijf deelnemers. Bij overlijden bedraagt de wachttijd één jaar, bij arbeidsongeschiktheid twee jaar (en sinds kort één jaar). Beide wachttijden zijn niet absoluut: bij overlijdensuitkeringen wordt wel uitgekeerd als het overlijden door een ongeval plaatsheeft; bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt de uitsluiting alleen indien de ongeschiktheid het gevolg is van een bekende en bestaande aandoening.
G3 heeft kort na de inwerkingtreding van de WMK een carenztijd ingevoerd bij de collectieve ANW-hiaatverzekering. Ook bij deze maatschappij wordt bij een overlijden in het eerste jaar alleen uitgekeerd indien dit het gevolg is van een ongeval. Deze zelfde beperking hanteert de maatschappij bij individuele pensioenverzekeringen en collectieve pensioenverzekeringen met minder dan een zeker aantal deelnemers. Dat wil zeggen dat in het eerste jaar het overlijdensrisico niet verzekerd is (tenzij sprake is van een ongeval) en dat bij verzekeringen met een arbeidsongeschiktheidscomponent - arbeidsongeschiktheids-(PEMBA)uitkering, WAO-gatverzekering, het meeverzekeren van premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid - in dit eerste jaar een algemene uitsluitingsclausule geldt voor bestaande ziekten of gebreken op het moment van sluiten van de verzekering. Drie jaar geleden werd bij deze maatschappij *iedere* ziekte uitgesloten, tegenwoordig is dit beperkt tot bij de aanvang bestaande aandoeningen. Volgens de jurist van deze maatschappij is het eigen beleid ongeveer anderhalf jaar na de invoering van de WMK geëvalueerd en vervolgens op basis van deze evaluatie versoepeld. Werd drie jaar geleden een collectief contract voor minder dan twintig werknemers gekoppeld aan een carenztijd, nu is dat bijgesteld tot minder dan zestien werknemers. Echt gewijzigd is het beleid dus niet, wel zijn de grenzen iets minder strikt geworden.
G5 hanteerde (in 1998) bij overlijden een carenztijd van een jaar en bij arbeidsongeschiktheid van twee jaar voor een bij de aanvang van de verzekering bekende en bestaande aandoening.
D3 zegt dat, indien onder het begrip ‘carenz’ het uitsluiten van een op datum aanvang verzekering reeds bestaande en bekende aandoening wordt verstaan, de maatschappij een carenztijd hanteert van drie jaar voor het midden- en kleinbedrijf en van zes maanden voor de grote relaties. Ook handhaaft deze maatschappij uitsluitingen welke het gevolg zijn van medische waarborgen die voor de invoering van de WMK verkregen zijn. Blijkbaar was bij D3 - en mogelijk andere maatschappijen - het werken met carenztijden en uitsluitingen voor de invoering van de WMK een gangbare praktijk.

De medische adviseur van G1 merkt over dit onderwerp nog op, dat uitsluitingen bij arbeidsgerelateerde verzekeringen niet zozeer werknemers treffen, als wel hun werkgever. Immers, het feit dat een bepaald risico niet wordt gedekt door de verzekeraar betekent uitsluitend dat de werkgever zijn financiële en in de arbeids-

overeenkomst vastgelegde verplichtingen aan de werknemer - zoals: de loondoorbetaling bij ziekte en de eventuele aanvullingen op de WAO-uitkering - niet op zijn verzekeraar kan verhalen. Echter, de werkgever blijft gehouden deze verplichtingen uit het arbeidscontract na te komen. In de visie van deze medische adviseur kan dit vooral problematisch zijn voor kleine werkgevers met een beperkte financiële armslag.

Carenztijden: opvattingen in het veld
De voor het onderzoek benaderde voormalige adviseur van een verzekeringsmaatschappij reageert verheugd op de mededeling dat verzekeraars lijken terug te komen op de eerder ingevoerde carenztijden. In zijn visie is premieverhoging een veel logischer en ook een adequatere reactie op de door de wet in het leven geroepen solidariteit. Immers, door niet meer te keuren kunnen nieuwe risico's in de verzekering insluipen en door een premieverhoging kiezen we er min of meer voor deze met zijn allen te dragen. Carenztijden daarentegen beperken het dekkingsbereik van verzekeringen en daarmee verzaakt de verzekeraar zijn maatschappelijke plicht: het overnemen van individuele risico's van mensen, die zij niet zelf kunnen dragen. Met de invoering van carenztijden dient de verzekeraar vooral het eigen belang.
De invoering van carenztijden bestempelt hij dan ook als een slordig, onjuist en gemakkelijk te weerleggen reactie op het keuringsverbod.
Deze opvatting wordt echter niet door iedereen gedeeld. Op de EBR-sessie is de carenztijd bestempeld als een instrument, naast bijvoorbeeld premiestelling, waarmee een verzekeraar zich van de concurrent kan onderscheiden. Immers, als 'iemand' niet tevreden is over het bestaan of de lengte van de carenztijd, kan hij toch ook naar een andere verzekeraar stappen. "Laat de markt zijn werk doen", aldus deze - uit de hoek van de verzekeraars afkomstige - respondent.

Van de kant van het Verbond van Verzekeraars is nog gewezen op een afspraak tussen overheid en verzekeraars bij de privatisering van de Ziektewet (WULBZ) in 1996. Verzekeraars hebben toen toegezegd bij de ziektewet-vervangende verzekeringen geen carenzjaren te zullen bedingen en dit gebeurt dan ook, aldus de zegsman van het Verbond, niet. Een vergelijkbare afspraak bij de invoering van PEMBA voor de verzekering van het (eerste vijf-jaar) WAO-risico is niet van de grond gekomen, aangezien verzekeraars het fundamenteel oneens zijn met een aantal onderdelen uit deze wet.

2. Uitsluitingen en machtigingen
Een machtiging is een document waarin de verzekerde of aspirant-verzekerde de medisch adviseur van de verzekeraar toestemming geeft bij een hierin te noemen arts navraag te doen over zekere aspecten van zijn gezondheid.[123] De redenen voor verzekeraars om met machtigingen te willen werken, ook bij verzekeringen die onder het keuringsverbod vallen, zijn divers.

Als eerste wordt het vragen van een machtiging genoemd als 'logisch gevolg' van carenztijden. Een carenztijd is immers, zoals hiervoor al bleek, doorgaans niet een algehele uitsluiting, maar één onder voorwaarden. Daardoor is in veel gevallen een onderzoek of daaraan is voldaan noodzakelijk en daarmee komt, aldus de respondenten, de noodzaak van het kunnen werken met machtigingen in beeld. Als voorbeeld wordt door G2 en G3 genoemd de clausule dat het overlijdensrisico in het

123 Zie voor het gebruik en de twee typen machtigingen noot, in paragraaf 3.3.2.2.

eerste jaar niet gedekt is, tenzij sprake is van een ongeval en bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen de uitsluiting, gedurende het eerste jaar, van een bij aanvang bekende en bestaande aandoening. Aandoeningen waarop met name wordt uitgesloten zijn volgens de medisch adviseurs van G1 en G3 die aan het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen. Wel wordt in dit verband altijd goed gekeken naar wat voor beroep iemand uitoefent. De selectie vindt (volgens G3 en K2) plaats op basis van de arbeid die men (gaat) verricht(en). De meeste respondenten zien ook geen probleem in het *vooraf* vragen van een machtiging, als deze maar niet gebruikt worden om ten tijde van de toelating medische informatie in te winnen. De wet sluit immers het vooraf keuren uit, niet het achteraf opvragen van gegevens met behulp van een reeds in een eerder stadium verstrekte machtiging, aldus de adviseurs. Het betreft hier immers een 'vrijwillige informatie-afdracht'.

Als tweede reden wordt, voor de zogenaamde uvi-volgende verzekeraars (dat zijn maatschappijen die hun toekenningsbeleid voor bijvoorbeeld WAO-aanvullende verzekering afstemmen op de beslissing van de bevoegde uitvoeringsinstelling-sv) genoemd, dat men de machtiging nodig heeft om informatie te verkrijgen over het vastgestelde arbeidsongeschiktheidspercentage. Tenslotte noemt de medische adviseur van G1 - een maatschappij die in het geheel niet meer met carenztijden zegt te werken - de machtiging als middel om te achterhalen *waarom* iemand arbeidsongeschikt is geworden en vervolgens aan de hand daarvan diens reïntegratiekansen en –mogelijkheden te kunnen inschatten.

De benaderde adviseurs zien een (prudent en gericht) gebruik van machtigingen derhalve als iets dat ook na invoering van het keuringsverbod mogelijk moet blijven en dit de facto ook is. Of dit verbod het gebruik van machtigingen heeft doen toenemen is niet bekend. Op de EBR-sessie is verdeeld gereageerd op de stelling, dat het gebruik van machtigingen onder de invloed van het keuringsverbod zou zijn toegenomen: van de elf aanwezigen waren vier het hiermee eens, vier oneens en hadden drie geen oordeel.[124]

3. Uitsluitingen en tariefstelling

Een uitsluiting is in deze context een *structurele*, voor de gehele verzekeringsduur geldende beperking van de dekking. De *tijdelijke* – algehele of gedeeltelijke - uitsluiting is aan de orde geweest onder de noemer carenztijd. Het beeld over het werken met dit type uitsluitingen is divers.

De jurist van K1 merkt op de meeste contracten als een post 'schoon' af te sluiten, hetgeen inhoudt 'zonder uitsluitingen'. Uitsluitingen immers leiden bij schade altijd tot klachten en dat leidt op zijn beurt weer tot kosten. Om deze reden spreekt de medisch adviseur van K1 een voorkeur uit voor premieverhogingen (boven uitsluitingen), maar stelt tegelijk dat dit niet altijd mogelijk is. Nederlanders zijn volgens deze respondent sneller geneigd akkoord te gaan met een beperkende voorwaarde dan met een premieopslag. Echter, indien de werkgever betaalt, geven *werknemers* doorgaans de voorkeur aan een premieverhoging boven een uitsluiting. Ook de jurist van G3 stelt dat premieverhogingen niet altijd geaccepteerd worden.

---

124 De stelling luidde: "het gebruik van machtigingen is na de invoering van het keuringsverbod gelijk gebleven". De fifty-fiftyverdeling laat zich niet geheel verklaren uit de samenstelling van de groep. Aanwezig waren drie vertegenwoordigers van het Verbond van Verzekeraars, drie vertegenwoordigers van individuele verzekeraars, twee vertegenwoordigers van een organisatie van verzekeringsartsen, één vertegenwoordiger van het Breed Platform en twee vertegenwoordigers van de Ombudsmannen Schade en Leven.

D3 heeft als reactie op de WMK de premies met 10 % verhoogd, maar dat is geen garantie dat er geen uitsluitingen worden gegeven. Bij het terugkomen op een eerste keus, wordt er om gezondheidsgegevens (waarborgen) gevraagd en daaruit kunnen zowel uitsluitingen als extra premieopslagen voortvloeien. Vóór de invoering van de WMK gaf deze verzekeraar zijn grote relaties de mogelijkheid uitsluitingen af te kopen met een extra premie. Bij verzekeringen met een vrijwillige deelname werd deze mogelijkheid niet gegeven.
In een aantal gesprekken is de opmerking gemaakt dat er ook contractanten zijn die bereid zijn met *waarborgen* te komen om een uitsluiting of premieverhoging te voorkomen. Of zoals D3 het formuleert: een verzekeraar mag niet vragen, maar een verzekerde mag wel vertellen. Ook K1 zegt regelmatig geconfronteerd te worden met de vraag van werkgevers, of ze geen lagere premie kunnen krijgen als er gezondheidsverklaringen verstrekt worden. Echter, deze maatschappij gaat daar niet op in. Ten eerste komt dit in strijd met de WMK, ten tweede geeft dit altijd problemen als het risico intreedt. Op dat moment zal de werkgever zich er namelijk wel op beroepen dat de polis niet onder deze voorwaarden had mogen worden aangegaan.

4. Tariefsverhoging; prognose tariefstelling
Uit het eerder genoemde onderzoek van het Assurantie Magazine bleek dat van de vijfentwintig grootste levensverzekeraars acht de premies hadden verhoogd. In ons onderzoek is dit het geval bij zes van de elf verzekeraars. De resultaten zijn hieronder in schema 3.3 weergegeven.

Tabel 3.3 Verzekeraars en premieverhogingen

	G1	G2	G3	G4	G5	K1	K2	K3	D1	D2	D3
Ja		X	X		X	X		X			X
Nee	X			X			X				
n.v.t.									X	X	

De zes maatschappijen die de premies hebben verhoogd, noemen een verhoging van 10%.
Volgens de jurist van K1 zijn hogere premieopslagen niet mogelijk omdat die niet geaccepteerd worden. Geen enkele contractant gaat accoord met een premieopslag van bijvoorbeeld 50%. De jurist van G2 merkt op dat een premieverhoging van 10% betekent dat de *risicopremie* met dit percentage is verhoogd en aangezien deze risicopremie maar een klein deel van de gehele premie bedraagt, is de feitelijk premieverhoging niet meer dan 1 a 1,5 %.
G1 zegt de enige maatschappij te zijn die de premies niet naar aanleiding van de invoering van de WMK heeft verhoogd. Anderzijds heeft deze maatschappij wel een maatregel getroffen die indirect tot premieverhoging leidt. Evenals G3 is er bij G1 voor gekozen om contracten met minder dan vijf deelnemers niet meer collectief af te sluiten. Het niet meer collectief verzekeren van kleine collectiviteiten heeft tot gevolg dat deze collectiviteiten voortaan aangewezen zijn op individuele contracten, die als zodanig een hogere premiestelling hebben dan collectieve contracten. Volgens het Verbond van Verzekeraars hebben nog drie andere maatschappijen deze maatregel getroffen Andere verzekeraars - volgens het Verbond een dertigtal - verzekeren de kleine collectiviteiten nog steeds als collectiviteit, maar sommigen, zoals G2, hanteren voor dit type kleine collectiviteiten een hogere premiestelling.

Een andere vorm van indirect de premie verhogen is het doorvoeren van een leeftijdscorrectie. Een aantal verzekeringsmaatschappijen, waaronder G2 en G3, heeft dit bij bepaalde verzekeringen gedaan. Zo'n correctie houdt in dat de deelnemers voor de berekening van de risico's een jaar ouder zijn gemaakt, waardoor zij in een hogere categorie belanden van de risicotabel op basis waarvan de premie wordt vastgesteld. De facto betalen zij zo derhalve toch een hogere premie.
De zegsman van D2 stelt daarentegen dat zijn maatschappij nooit de premies zal verhogen. Dit staat geheel los van de invoering van de WMK: deze maatschappij voert een beleid om de winst vooral te gebruiken om de tarieven laag te houden.[125]

De medisch adviseur van G1 verwacht als gevolg van het probleem van anti-selectie in de toekomst premiestijgingen. De jurist van K2 - de maatschappij die zich pas na de invoering van de WMK op het terrein van arbeidsgerelateerde, collectieve verzekeringen heeft begeven en voor wie een premieverhoging om die reden niet aan de orde is geweest - voorziet ook premiestijgingen maar betwijfelt of deze aan de WMK zijn toe te schrijven. Ook andere oorzaken, zoals sociaal-economische of fiscale omstandigheden, kunnen een op- of neerwaartse premiedruk bewerken. Deze jurist wijst erop dat de Verzekeringskamer de rekenrente heeft verlaagd (tot 3%), waardoor meer inleg nodig zal zijn om over twintig jaar naar hetzelfde bedrag te kunnen uitkeren. Ook wijst deze zegsman erop dat de verzuim- en arbeidsongeschiktheidcijfers nog steeds een stijgende lijn vertonen. Sommigen beweren dat mensen tegenwoordig, gezien de economisch groei, ook gemakkelijker thuis durven te blijven. Aangezien deze maatschappij haar premies vaststelt aan de hand van *experience ratings* (schadecijfers) – en dit van de herverzekeraar ook moet doen - leiden stijgende verzuim- en arbeidsongeschiktheidscijfers onvermijdelijk tot een stijging van de premies voor verzuim- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen.
Wanneer deze observatie aan anderen wordt voorgelegd, bijvoorbeeld aan G3, wordt door deze bevestigd dat de ontwikkeling van de premie van meer factoren afhankelijk is dan alleen van de WMK. Bovendien is het in zijn visie nog wat te vroeg om de effecten van de WMK op de ontwikkeling van de premie te kunnen vaststellen en om, bijvoorbeeld, te onderzoeken of door het keuringsverbod meer risico's in de verzekeringen zijn ingeslopen. De doorgevoerde premieverhoging bij voorbaat is gebeurd om mogelijk toekomstige risico's te ondervangen, maar of dit achteraf bezien ook terecht is geweest, is nu nog niet duidelijk.
Voor *levensverzekeringen* valt volgens de jurist van G3 dit onvoorzien hoog uitvallen waarschijnlijk mee. Immers, de gemiddelde levensverwachting in Nederland zal vermoedelijk niet op korte termijn drastisch veranderen. Maar de ontwikkeling van het *arbeidsongeschiktheidsrisico* is op dit moment ongewis. Opnieuw wordt in dit verband gewezen op de stijgende lijn in de arbeidsongeschiktheid- en verzuimcijfers en op het feit dat arbeidsongeschiktheidcijfers minder eenvoudig te voorspellen zijn dan gemiddelde levensverwachting. Een *worst case scenario* is volgens de jurist van G2 in dit verband dat een verzekeraar zijn premies dusdanig moet verhogen dat de verzekering door de torenhoge premieopslag onbetaalbaar wordt. Ook is mogelijk dat herverzekeraars in dat geval niet langer bereid zijn het risico te dragen, waarna verzekeraars het risico zelf moeten dragen. De grotere onder hen hebben dan, in elk geval de eerste periode, nog voldoende solvabiliteit, maar de kleinere kunnen hieraan failliet gaan. Echter, dit is een *worst case scenario* waarvan geenszins vaststaat of dit ooit zal intreden.

---

125 Bovendien is dit een maatschappij die weinig gezondheidsverzekeringen aanbiedt. Zie het onderdeel 'beleidsaanpassingen bij verzekeraars', p. 41 supra.

5. Maximering pensioengevend salaris
Een logisch en met de wet ook voorzien effect is de maximering van de te verstrekken uitkeringen. Vroeger kon men iedere pensioengevend jaarsalaris laten verzekeren. Nu wordt er gewerkt met bovengrenzen. Uit het onderzoek van het Assurantie Magazine blijkt dat zeven van de vijfentwintig grootste levensverzekeraars deze maatregel in 1998 ook daadwerkelijk getroffen hebben. In ons onderzoek zijn zes van de elf verzekeraars hiertoe overgegaan. Bij één is de vraag niet gesteld.

Tabel 3.4 Verzekeraars en gemaximeerde uitkeringen

	G1	G2	G3	G4	G5	K1	K2	K3	D1	D2	D3
Ja	X	X	X		X	X					X
Nee				X				X			
n.v.t.									X	X	
Onbekend							X				

De meeste in het onderzoek betrokken maatschappijen hebben het pensioengevend jaarsalaris bij collectieve levensverzekeringen gemaximeerd (Schema 3.4). Wil een verzekerde boven deze grenzen toch verzekerd worden, dan vraagt deze maatschappij om gezondheidswaarborgen oftewel moet de verzekerde een gezondheidsverklaring invullen. Dit is niet verplicht, want zonder waarborgen heeft een verzekerde recht op verzekeringen tot de gestelde maxima.
Bij G3 en D3 bedroeg het maximum in 1998 ƒ 300.000, bij G5 ƒ 250.000. Deze bedragen worden jaarlijks gemaximeerd: bij D3 bedraagt het maximum nu ƒ 320.000, bij G2 ƒ 324.000,-. Ook D3 geeft aan de grenzen inmiddels wat te hebben verruimd. Wil men zich bijverzekeren of te zijner tijd een hoger pensioen ontvangen dan is men bij G2 en G3 aangewezen op het afsluiten van een individuele lijfrentepolis. Deze lijfrenteverzekeringen missen een aantal fiscale voordelen, zodat het er, zoals de jurist van G2 het uitdrukt, op neerkomt dat een collectieve pensioensverzekering voor de echt hoge salarissen onverzekerbaar is geworden. Herverzekeraars zijn niet langer bereid dit risico onbeperkt over te nemen en vervolgens zal men geen enkele maatschappij bereid vinden de pensioenopbouw van mensen met topinkomens collectief te verzekeren. Weliswaar raakt dit probleem maar een beperkt aantal mensen, maar voor de verzekeraars zijn zij wel een belangrijke groep klanten.
Ook D3 geeft aan dat particulier bijverzekeren een mogelijkheid is. De uitkeringen zijn weliswaar gemaximeerd, echter in theorie is men strenger dan in de praktijk. Particulier bijverzekeren sluit immers niet altijd even goed aan bij het contract dat men heeft lopen via de werkgever. Het kan bij deze maatschappij dus vóórkomen, dat iemand een hoger pensioengevend salaris via een met de werkgever gesloten contract verzekert, mits deze persoon *waarborgen van gezondheid* (gezondheidsverklaringen) kan en wil overleggen.

6. Het uit de markt nemen van verzekeringsproducten
Geen enkele maatschappij zegt producten uit de markt te hebben genomen. De enige vorm van een eventueel 'uit de markt nemen' als gevolg van het keuringsverbod kan zijn, dat voor bepaalde verzekeringen de premies te hoog worden waardoor ze de facto niet meer worden afgesloten. Dit is wat feitelijk is gebeurd als gevolg van de maximering van het pensioengevend salaris. Een pensioengevend salaris van boven de drie ton is niet meer via de werkgever te verzekeren, maar dient particulier

afgesloten te worden. Vervolgens mag voor dit type contracten weer wel gekeurd worden.

3.3.3.4 Het consumentenperspectief: klachten over verzekeraars

In deze paragraaf wordt ingegaan op de klachten die wij in de context van het keuringsverbod zijn tegengekomen. Deze zijn verzameld middels literatuurstudie, gesprekken met verzekeraars en met belangenbehartigers van verzekerden (werkgevers/werknemers).

Lopende contracten

Het eerste onderwerp waarover veelvuldig is geklaagd betreft de kwestie van de al dan niet eerbiedigende werking. Op het moment dat de gesprekken met verzekeraars plaatshadden was de uitspraak in eerste aanleg de heersende leer (zie hiervoor hoofdstuk 5). De respondenten gingen er derhalve vanuit dat het keuringsverbod eerbiedigend ingaat en dat de bestaande keuringspraktijk voor de lopende contracten nog enige tijd kon worden voortgezet.
Over dit onderwerp geeft de jurist van K1 aan dat het bij zijn maatschappij wel mogelijk is om op verzoek van de cliënt lopende contracten tussentijds onder de WMK te brengen. Het contract wordt dan in overleg opengebroken en op de voorwaarde dat de premie omhoog gaat, wordt verder van keuringen afgezien. Een jurist van G3 merkt op dat dit niet met erg veel contracten zal gebeuren. Niet zozeer omdat dit in strijd is met het contractenrecht, maar omdat veel cliënten niet accoord zullen gaan met een premiestijging. Werkgevers willen wel van keuringen af, maar zijn niet altijd bereid daarvoor een hogere premie te betalen.

Bij zowel werkgevers- als werknemersorganisaties zijn klachten binnengekomen over het vraagstuk van de stilzwijgende verlenging. In welke mate hierover geklaagd, is niet bekend, maar de zegsman van de werknemersorganisatie merkt op dat sommige verzekeraars de eerbiedigende werking van de WMK wel erg strict interpreteren. Ook bij de Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen van de belangenorganisatie Breed Platform Verzekerden en Werk (BPV&W) is meermalen geklaagd over het feit dat men een keuring moest ondergaan en/of gevraagd werd om een machtiging, terwijl men in de veronderstelling verkeerde dat er niet gekeurd mocht worden. En iedere keer ging het om mensen die na de invoering van de WMK in dienst traden bij een werkgever met een lopend contract (BPV&W, 2000).[126] Mogelijk – bekend is dit niet – heeft van deze mensen een aantal afgezien van de keuring en dus van verzekering. Ook bij het bureau van de beide Ombudsmannen (Schade en Leven) zijn nogal wat klachten binnengekomen van verzekerden die zich, in gevallen waarin de wet volgens de verzekeraar eerbiedigende werking heeft, op het keuringsverbod beroepen. In zo'n geval gaat men samen met verzekeraar en verzekerde op zoek naar een compromis. Soms - ook dit voorbeeld dateert van vóór de einduitspraak van de HR - zit de verzekeraar fout en wordt hij verzocht zijn beleid terzake bij te stellen. Zo is voorgekomen dat een verzekerde zijn verzekeringsvoorwaarden gewijzigd zag terwijl er daarnaast nog steeds gekeurd werd, met een beroep op het feit dat het een bestaand contract betreft. Dit verweer is verworpen: een wijziging van de voorwaarden betekent het openbreken van een contract en dus is niet langer sprake van een lopend contract (Ombudsman Schadeverzekeringen, 1998).
Verzekeraar K2 is over een kwestie ten aanzien van de eerbiedigende werking op de vingers getikt door de Raad van Toezicht Verzekeringen. In dit geval was sprake van

[126] En wel in 1999 36 keer, dat is 8% van de - 453 - binnengekomen klachten over de acceptatiefase bij het afsluiten van een verzekering, (BPV&W, 2000).

een lopend contract dat door een fusie met andere maatschappijen in de portefeuille van de betreffende verzekeraar terecht is gekomen. De Raad oordeelde dat door de fusie niet langer sprake is van een lopend contract. De verzekerde heeft immers met een andere verzekeraar te maken gekregen, waardoor het contract formeel gewijzigd is. Deze maatschappij keurt bij dit contract dus niet langer en is evenmin overgegaan tot aanpassing van de tariefstelling. Wel bezint men zich hier nu op de vraag of dit contract wel onder dezelfde voorwaarden zal worden voortgezet.
Het Verbond van Verzekeraars heeft zijn leden inmiddels laten weten dat er na een stilzwijgende verlenging niet meer dient te worden gekeurd. Partijen hebben immers op het moment van verlenging de mogelijkheid opnieuw met elkaar in onderhandeling te treden en het contract dan alsnog 'onder de WMK te brengen'. Het keuringsverbod wordt daarmee alsnog van toepassing en de premie kan zonodig (dienovereenkomstig) verhoogd worden.[127]

Het 'terugkomen op een keuze', artikel 4 lid 3 WMK
Het derde lid van artikel 4 verklaart het keuringsverbod niet van toepassing indien de pensioenvoorziening keuzemogelijkheden biedt en de deelnemer een wijziging van een eerder gemaakte keuze wenst. In zo'n geval kan immers sprake zijn van antiselectie. Bij het Breed Platform zijn verschillende klachten binnengekomen van werknemers die bij indiensttreding door de werkgever te laat worden aangemeld voor de aanvullende WAO-gatverzekering en vervolgens als zo'n ‘op een keuze terugkomende deelnemer’ worden beschouwd.
De klachten hadden steeds betrekking op praktijken bij pensioenfondsen, maar vermoedelijk is dit een tot de verzekeraar(s) te herleiden fenomeen. Bij verzekeraar G3 bijvoorbeeld - een maatschappij die zoals gezegd veel polissen voor pensioenfondsen verzorgt - dienen nieuwe deelnemers binnen drie maanden te zijn aangemeld. Er zijn gevallen bekend van mensen van wie de aanmelding pas een half jaar na indiensttreding plaatsheeft, waarna ze, als gevolg van deze late aanmelding, gekeurd moeten/mogen worden. Ook D3 noemt het gegeven dat de periode waarin mensen zich kunnen aanmelden voor een aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekering beperkt is. Daarbij maakt deze verzekeraar onderscheid tussen grote en kleine werkgevers: een grote werkgever kan de nieuwe deelnemers vaak maar één keer per jaar aanmelden, kleine werkgevers moeten iedere nieuwe werknemer afzonderlijk aanmelden en wel binnen twee maanden na indiensttreding. Wordt vervolgens eerst na deze twee maanden aangegeven dat de werknemer wil deelnemen - en in een aantal gevallen is het correcter om te stellen dat hij 'eindelijk wordt aangemeld' - dan wordt dat beschouwd als een terugkomen op een eerdere keuze, in welk geval weer wel gekeurd mag worden.
D3 voegt hier nog aan toe dat bij vrijwillige deelname ook voldaan moet worden aan een minimum participatiegraad. Indien niet (meer) aan dit minimum wordt voldaan, mag de maatschappij terugkomen op tariefstelling en voorwaarden.

---

127 Gevraagd naar de status van dit type 'missiven' wordt van de zijde van het Verbond het 'zelfregulerend vermogen van de branche' benadrukt. "Als het Verbond constateert dat een verzekeraar in strijd met de hem gegeven instructies handelt, wordt daarover met de maatschappij contact opgenomen. Dat werkt ook, dat wil zeggen dat dit altijd resultaat geeft", aldus de Verbondswoordvoerder. Anderzijds wordt door hem ook benadrukt dat het Verbond de leden, strikt juridisch gezien, geen echt bindende adviezen kan geven aangezien dat zou 'botsen met het mededingingsrecht'. Met dit laatste wordt waarschijnlijk gedoeld op het (Europeesrechtelijke) verbod op kartelvorming.

Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen buiten de PSW-sfeer: artikel 4 lid 4 WMK
Het keuringsverbod voor aan de arbeidsverhouding verbonden verzekeringen buiten de PSW-sfeer is in deze afgelopen drie jaar eveneens goed geweest voor misverstanden en derhalve rechtsgeschillen. In de circulaire van het Verbond van Verzekeraars staat bij de toelichting op dit onderdeel dat indien de werkgever slechts faciliterend optreedt, geen bijdrage in de premie levert en de verzekering vrijwillig is, het keuringsverbond niet van toepassing is (VvV, 1998). Mede op basis van dit advies zijn verzekeraars met werkgevers samenwerkings-/mantelovereenkomsten gaan sluiten ten aanzien van met name het WAO-gat, waarna de werknemer op individuele basis kan deelnemen. Ook zijn constructies voorgekomen waarin de verzekering via de personeelsvereniging van de werkgever werd afgesloten. En steeds stelde de verzekeraar zich hierbij op het standpunt dat de verzekering 'individueel' is, niet aan de arbeidsverhouding met de werkgever verbonden en dat hiervoor derhalve gekeurd mag worden.
Bij de Ombudsman Schade zijn zo'n twintig tot dertig klachten over dit onderwerp binnengekomen (Ombudsman Schadeverzekeringen, 1998) en uiteindelijk (10.4.2000) is deze interpretatie van de wet door de Raad van Toezicht Verzekeringen verworpen. Deze uitspraak is hiervoor (hoofdstuk 5) aan de orde geweest. Verzekeraars zijn aan dit oordeel gebonden. Verzekeraar K2 geeft aan dat, hij naar aanleiding van deze uitspraak, het keuringsverbod bij dergelijke contracten voortaan in acht neemt.

Hiaten in de verzekeringsloopbaan
Bij het Breed Platform zijn in 1999 drie klachten gemeld door personen die arbeidsongeschikt worden op een moment dat de arbeidsverhouding waarbinnen de verzekering viel, is beëindigd. Het beroep op dichting van het ontstane WAO-gat wordt vervolgens geweigerd omdat de arbeidsverhouding waaraan deze verzekering gerelateerd is niet langer bestaat. Vaak heeft de (ex-)werknemer pas in de gaten dat de WAO-gatverzekering is beëindigd op het moment dat hij of zij in het ‘gat’ is beland. In zijn rapport geeft het Breed Platform het volgende voorbeeld: Een man van 40 jaar heeft MS en wordt in 1996 gedeeltelijk arbeidsongeschikt. Hij is via deze werkgever collectief verzekerd voor het WAO-gat, maar de werkgever heeft geen andere functie voor deze persoon. Het lukt hem om een jaar later bij een andere werkgever gedeeltelijk aan de slag te gaan. Deze werkgever heeft eveneens een collectieve WAO-gat verzekering. Vervolgens wordt deze persoon volledig arbeidsongeschikt en doet een beroep op deze verzekering. De oude verzekeraar weigert uitkering omdat de arbeidsovereenkomst waaraan de verzekering gerelateerd is niet langer bestaat; de nieuwe verzekeraar weigert eveneens omdat de betrokkene bij de aanvang van de verzekering al ongeschikt was. Het gevolg is dat deze werknemer, ondanks jarenlange premie-afdracht, het WAO-gat niet gedicht krijgt (BPV&W, 2000).
Ook de medische adviseur van G1 stelt vast dat 'de huidige wetgeving' – waarmee door hem vermoedelijk niet zozeer wordt gedoeld op de WMK, als wel op de geprivatiseerde inkomensbescherming - de arbeidsmobiliteit niet ten goede komt. Voor een persoon met, bijvoorbeeld, suikerziekte en een collectieve WAO-gatverzekering is het moeilijk over te stappen naar een andere werkgever. Bij verandering van baan kan de kwaal ineens een ‘bekende en bestaande aandoening’ zijn geworden en wordt dit vanwege dat aspect bij een nieuwe verzekeraar uitgesloten. In de visie van deze respondent is dit evenwel vooral een probleem voor de werkgever, nu deze doorgaans verplicht is de door het ‘gat’ ontstane schade te vergoeden. De benaderde werk-geversorganisaties hebben evenwel stuk voor stuk aangegeven geen klachten van werkgevers over het onderdeel verzekeringskeuring te hebben gehoord. In hun visie zit 'het probleem met de WMK' voor werkgevers vooral op het onderdeel aanstellings-

keuringen. Eén zegsman voegt hieraan toe dat in zijn visie veel bedrijven eerder overdan onderverzekerd zijn en dat hij de eigen leden juist adviseert niet zelf ieder risico te willen verzekeren, maar na te denken over de vraag welke risico's het bedrijf ook zonder verzekering kan dragen.

Meer gehoor vindt het onderwerp bij de voor het onderzoek benaderde werknemersorganisatie. De zegsman van deze organisatie verwijst naar een discussie in september 1998 tussen de werkgevers- en werknemersorganisaties uit de Stichting van de Arbeid (STAR) en verzekeraars om tot afspraken te komen ten aanzien van de geconstateerde problemen rondom de private *employee benefits*. Nadien is een convenant gesloten ten aanzien van de individuele voortzetting van een collectieve *ziektekostenverzekering*. Een poging tot een soortgelijk convenant overeenkomst voor inkomensverzekeringen, zoals de WAO-gat-, het ANW-hiaat- en de WAO-excendentverzekering is volgens deze zegsman, afgestuit op de onwil van verzekeraars. Behalve inhoudelijke bezwaren (antiselectie, acceptatieplicht via de achterdeur) hebben verzekeraars in dit verband aangevoerd dat niet zij de eerst aangewezenen zijn om voor dit probleem met een oplossing te komen, maar de pensioenfondsen en dus de sociale partners zelf. Immers, de aanvullende WAO-gatverzekering is voor het overgrote deel in handen van pensioenfondsen. Wel zou het Verbond in een 'protocol' hebben aangegeven dat het onderwerp ten aanzien van de WAO-gatverzekering met de nodige onderhandelingen wellicht nog oplosbaar is, maar dat een individuele voortzetting van een collectieve WAO-excedentverzekering of een ANW-hiaatverzekering om verzekeringstechnische redenen vooralsnog onhaalbaar is. Wat met dit laatste is bedoeld, is de betrokkene niet bekend.

Als deze observaties worden voorgelegd aan de vertegenwoordiger van het Verbond wordt van deze zijde opgemerkt dat het overleg tussen de STAR-leden en de verzekeraars nog altijd gaande is en dat ook op korte termijn (april 2001) een concreet resultaat te verwachten valt. Althans voor wat betreft de WAO-gatverzekering. De 'verzekeringstechnische redenen', die in dit verband genoemd zijn betreffen het draagvlak van de regeling en daarmee de mogelijkheden tot het organiseren van solidariteit. Voor de ANW-verzekering is de belangstelling tot op heden te gering gebleken, maar voor de WAO-gatverzekering is wel een voldoende draagvlak om tot een bevredigende afspraak te kunnen komen. Deze is dan ook, aldus deze zegsman, op handen. Anderzijds werd de observatie dat ook na zo'n afspraak het probleem van de tussen wal en schip vallende werknemer zich kan blijven voordoen, ook van deze zijde niet bestreden. Geschillen tussen vorige en opvolgende verzekeraar over de vraag wanneer een aandoening precies is begonnen – en daarmee onder wiens verantwoordelijkheid deze valt – worden ook met deze - nu nog op handen zijnde - afspraak niet geheel en al ondervangen.

3.3.3.5 Verzekeraars: enige eerste conclusies

De volgende conclusies kunnen naar aanleiding van alle gevoerde gesprekken worden getrokken.

1. De verzekeringsbranche is goed georganiseerd, heeft veel en intensief overleg en stemt het beleid, althans in grote lijnen, op elkaar af. Wettelijke normen worden getrouw nageleefd, mits deze volstrekt helder zijn. Op het moment dat er 'gaten' bestaan of lijken te bestaan in bij de branche onwelgevallige normen, worden deze onmiddellijk benut, zo niet door creatieve wetsinterpretatie opgerekt. Zowel de door het Verbond afgegeven WMK-richtlijn (art. 4 lid 4) als het discours over de eerbiedigende werking (de x-fractie in de parlementaire behandeling en het na de

wet gevoerde proefproces) getuigen hiervan. Anderzijds laat het feit dat - zoals de woordvoerder van het Verbond opmerkte - dit proefproces aan beide zijden door de verzekeraars is bekostigd, zien dat de branche er veel aan gelegen is om zo niet het eigen gelijk, dan toch in ieder geval uitsluitsel te verkrijgen over waar men met de gestelde regels aan toe is.

2. Het keuringsverbod in de WMK is in deze eerste drie-jaarsperiode redelijk nageleefd, met uitzondering van die onderdelen ten aanzien waarvan twijfel over de inhoud van de wettelijke regel bestond of kon bestaan. Wel is het zo dat een aantal verzekeraars erg lange wachtjaren gebruiken. Er is ten aanzien van dit onderwerp niets gebleken van een handhavingstekort. De bestaande instanties, ook de (niet onafhankelijke) Ombudsman, lijken genoeg gezag te hebben om verzekeraars waar nodig bij te sturen.[128] Of deze rechtsgang de individuele verzekerde altijd voldoende soelaas biedt, onttrekt zich aan onze waarneming. Evenmin is bekend of het aantal binnengekomen klachten - bij zowel dit instituut als het in 1999 opgerichte Meldpunt - representatief is voor de over de wet bestaande tevredenheid.[129]

3. Van de opgetekende onderwerpen waarover geklaagd is, heeft een aantal zich inmiddels opgelost. Wij doelen op de problematiek van de eerbiedigende werking en de ten onrechte als persoonlijk aangemerkte arbeidgerelateerde verzekeringen. Anderzijds is dit tweede knelpunt maar ten dele weggenomen. Het probleem, beschreven onder de kop 'het terugkomen op een keuze', laat zien waartoe een (mogelijk te) vrije uitleg van de uitzondering in (de tweede volzin van) het derde lid van artikel 4 WMK kan leiden. Deze op het voorkómen van antiselectie gerichte bepaling dreigt hierdoor te verworden tot een instrument voor verzekeraars en pensioenfondsen om mensen bij wie in het geheel geen sprake is geweest van ‘kiezen’, laat staan van een later daarop terugkomen, buiten te sluiten.

4. Het gesignaleerd afstemmingsprobleem (het mogelijk onverzekerd raken als gevolg van baanwisseling) lijkt nog niet bekend onder degenen die dit in de toekomst aan kan gaan. In de regel komt men hier pas achter nadat men arbeidsongeschikt is verklaard. Er zijn nog maar weinig klachten geuit over het feit dat een bestaande aandoening als gevolg van een baanwisseling onverzekerd is geraakt of, zo men de stap gezet zou hebben, geraakt zou zijn. Het probleem is niettemin ernstig, omdat een aantasting van het eigen-verzekerdeperspectief door een baanwisseling (of de vrees daarvoor, terecht of niet) de arbeidsmobiliteit van werknemers aantast en dan vooral van de gezondheidszwakkeren onder hen. Deze observatie is al eerder gedaan (en wel in de brief van de Staatssecretaris van SZW van 13 juli 1999) en is in de context van dit onderzoek herhaald door één van de geraadpleegde medische adviseurs. Wanneer in de toekomst meer werknemers met dergelijke onverzekerde 'gaten' te maken krijgen, gaat het onderwerp vanzelf breder leven en wordt het daarmee inhoudelijk ernstiger. Om die reden benoemen wij dit als een aandachtspunt voor de regelgever (wetgever dan wel zelfreguleerder). Dit punt is bovendien relevant in het licht van een andere ’zware’ beleidsdoelstelling van dit kabinet: de reïntegratie en de (grotere) arbeidsmobiliteit van werknemers met een chronische aandoening. Daarmee is eens temeer het

---

128 Voor de positie en bevoegdheden van dit instituut zie het bijgevoegde reglement Ombudsman Verzekeringen.

129 Een andere observatie uit de EBR-sessie (afkomstig van een verzekeringsarts) is dat het instituut Verzekeringsombudsman bij de meerderheid van de (aspirant-)verzekerden nauwelijks bekend is.

belang benadrukt van het welslagen van het eerder genoemde overleg tussen sociale partners en verzekeraars over het dóórlopen van sv-vervangende of –aanvullende arrangementen.

3.4 Particuliere verzekeringen: regulering van de verzekeringskeuring

3.4.1 Inleiding

In deze paragraaf staat de regulering van de verzekeringskeuring centraal. Aan de orde komt de wijze waarop verzekeraars c.q. hun medische adviseurs vorm geven aan de diverse normstellingen in de WMK ten aanzien van het (verzekerings-)keuren. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van gegevens uit de gesprekken met verzekeraars, met de consumentenorganisatie Breed Platform Verzekerden & Werk (BP) en met medewerkers van het Bureau Ombudsman Leven en Schade. Bij diverse gesprekken met de verzekeraars was een medische adviseur aanwezig, namelijk bij die met de verzekeraars G1, G3, G4 en met de middelgrote K1. In dit hoofdstuk wordt met name gebruik gemaakt van de informatie uit de gesprekken met de medisch adviseurs van G1, G3 en K1. De medische adviseur van G4 blijft enigszins buiten beeld, nu in zijn visie de komst van de WMK niet of nauwelijks invloed heeft gehad op de keurings-praktijk van zijn maatschappij.

Tevens wordt geput uit schriftelijk materiaal. Aan alle bij het Verbond aangesloten verzekeraars is verzocht hun aanvraagformulier annex gezondheidsverklaring toe te sturen die gebruikt worden bij de aanvrage voor een gezondheidsverzekering. Dertig maatschappijen hebben hieraan voldaan. De inhoud hiervan is geanalyseerd op WMK-bestendigheid en tevens afgezet tegen het - kort vóór de inwerkingtreding van de wet ontwikkelde - standaardformulier van het Verbond van Verzekeraars.

Ten slotte wordt gebruik gemaakt van informatie die naar voren is gekomen uit de gedachtenwisseling op de EBR-sessie, waar vertegenwoordigers van alle boven-genoemde partijen aanwezig waren.

Het hoofdstuk is als volgt opgezet.
In paragraaf 3.4.2 wordt ingegaan op de twee brancheregelingen die aan de basis van artikel 5 en 6 WMK hebben gestaan, het moratorium erfelijkheid en de HIV-gedrags-code.
Paragraaf 3.4.3 is gewijd aan de medische dossiervorming bij verzekeraars. Aan de orde komen achtereenvolgens, de gezondheidsverklaring, de voorlichting van aspirant-verzekerden, het gebruik van machtigingen en de invulling van de in artikel 11 en 12 gegeven keurlingrechten.
In paragraaf 3.4.4 staat het consumentenperspectief centraal. Ingegaan wordt op de klachten die bij de diverse instanties zijn geuit over de vraag- en keuringspraktijk van verzekeraars en op de onderwerpen waarover, uiteraard voor wat betreft dit onderwerp, tussen de branche en de belangenorganisatie van verzekerden verschil van mening bestaat. Tenslotte worden in paragraaf 3.4.5 enige eerste conclusies getrokken.

3.4.2 De voorlopige invulling van de artikelen 5 en 6 WMK: het moratorium erfelijkheid en de HIV-gedragscode

Moratorium erfelijkheid en HIV-gedragscode mogen, tot het moment dat middels zelfregulering andere afspraken zijn gemaakt, als norm voor de uitvoering gehanteerd worden. Om die reden worden hier eerst inhoudelijk op beide stukken ingegaan, waarna vervolgens de wijze van naleving aan de orde komt.

3.4.2.1 Erfelijkheid: inhoud en naleving

Het moratorium erfelijkheid: inhoud

Medewerking aan erfelijkheidsonderzoek is, aldus dit document, nooit een voorwaarde voor het afsluiten van een verzekering. Deze norm geldt voor alle typen verzekeringen, zowel onder als boven de vragengrens. Bij een aanvrage voor een verzekering onder deze grens wordt van de aspirant-verzekerde evenmin gevraagd of verwacht dat hij resultaten van een eerder verricht erfelijkheidsonderzoek vermeldt. Wel moet hij het melden, als hij van een bij hem bestaande erfelijke aandoening ziekteverschijnselen heeft. Voorts mag hij, behalve over eerder bij hemzelf verricht erfelijkheidsonderzoek, eveneens zwijgen over een zodanig onderzoek bij een bloedverwant, of over de vraag of één van hen lijdt of heeft geleden aan een erfelijke ernstige en onbehandelbare aandoening, of daaraan inmiddels is overleden. Als voorbeeld van zo'n aandoening worden in de gesprekken steevast de ziekten Huntington en myotone distrofie (MD) genoemd.

Het moratorium erfelijkheid: naleving

De ondervraagde medische adviseurs geven allen aan de regels uit het moratorium te kennen en te respecteren. Erkend wordt dat in het aanvraagformulier voor een arbeidsongeschiktheids- of levensverzekering vragen kunnen voorkomen die een indicatie van erfelijkheid geven, namelijk in de zgn. familieanamnese. Echter, de aan dit onderdeel ontleende informatie leidt in de praktijk maar zelden tot onverzekerbaarheid. De ondervraagden benadrukken, dat beneden de vragengrens niet wordt doorgevraagd naar aanleiding van de onder deze noemer verstrekte gegevens. Daarboven wordt hier wel naar gekeken en wordt daar, wanneer dit relevant lijkt, ook op doorgevraagd. Echter, het cruciale criterium is toch steeds de eigen gezondheidstoestand van de aspirant-verzekerde.
De medisch adviseur van G1 zegt geen keuringen te verrichten naar erfelijke, onbehandelbare aandoeningen zoals Huntington of MD en evenmin naar niet-erfelijke, maar wel ernstige onbehandelbare aandoeningen zoals ebola. Het eerste is in strijd met het moratorium erfelijkheidsonderzoek, waar volgens K2 alle verzekeraars zich aan houden, het tweede botst op de grenzen van artikel 3 WMK. De medisch adviseur van K1 stelt dat geen verzekeraar zal vragen naar een aandoening als Huntington. Ook zal geen verzekeraar vragen om resultaten van eerder uitgevoerd erfelijkheidsonderzoek, althans beneden de vragengrens.

Het vragen naar erfelijke aandoeningen anders dan Huntington of MD is, zo benadrukken alle benaderde adviseurs, niet verboden. Het wettelijk criterium is onbehandelbaarheid en dit geldt, vooralsnog officieel, alleen voor deze beide ziekten. Geheel en al onomstreden is dit laatste overigens niet. Zo besliste de Ombudsman Schade in het voordeel van een vrouw met een erfelijke vorm van borstkanker (familiair kankersyndroom), van wie uit erfelijkheidsonderzoek was gebleken dat zij 70% kans heeft deze aandoening te krijgen. Als behandelwijze werd een preventieve borstverwijdering voorgesteld. De klaagster stelde zich, gezien de ingrijpendheid van de

voorgestelde therapie, op het standpunt dat de aandoening niet behandelbaar is en dat zij deze derhalve niet behoefde te melden. De medisch adviseur van de verzekeraar achtte deze wel behandelbaar en kreeg, als gezegd, van de Ombudsman ongelijk.
De medisch adviseur van G3 stelt dat het niet vaak voorkomt dat cliënten in het inlichtingenformulier aangeven dat in de familie een familiair kankersyndroom voorkomt.
De verzekeraar krijgt de informatie hierover doordat, bijvoorbeeld, in de familie-anamnese melding wordt gemaakt van het feit dat:

- één van de ouders overleden is aan borstkanker;
- een ander naast familielid hiervoor onder behandeling is;
- men zelf hiervoor onder controle staat en/maar;
- geen symptomen heeft.

Met dit soort informatie wordt, aldus deze adviseurs, beneden de vragengrens niets gedaan; daarboven wordt hierop gericht gekeurd. Vervolgens kan dit type familiaire aandoeningen leiden tot uitsluiting, premieopslag of algehele afwijzing. Echter, de hoogte van de premie en/of andere afwijkende voorwaarden is - volgens alle geraadpleegde medische adviseurs - vooral afhankelijk van de vraag in hoeverre iemand zich laat behandelen en zich aan de behandeling houdt.

Een andere mogelijk omstreden aandoening - en dan met name vanwege het vraagverbod op erfelijkheidsonderzoek - is de aandoening familiaire hypercholesterolemie Over dit onderwerp zijn Kamervragen gesteld. Aanleiding waren de bevindingen van onderzoekers van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam inzake 'het overtreden van de WMK door verzekeraars' bij mensen met deze aandoening[130]. Verzekeraars zouden daarbij in een aantal gevallen de uitkomsten van erfelijkheidsonderzoek hebben laten meespelen in hun toelatingsbeleid. Het verweer van verzekeraars luidde dat mensen met cholesterolproblemen in sommige gevallen inderdaad geconfronteerd kunnen worden met een uitsluiting, een premieopslag of in het uiterste geval afwijzing. In hun visie is dit niet in strijd met de WMK, nu het hier weliswaar om een ernstige en erfelijke aandoening kan gaan, maar niet om een onbehandelbare. Tevens hebben zij erop gewezen dat een keuringsverbod op een familiair bepaald verhoogd cholesterolrisico tot rechtsongelijkheid leidt, aangezien mensen met een in beginsel vergelijkbare aandoening - verhoogd cholesterol, maar niet familiair bepaald - hierop wel bevraagd en onderzocht mogen worden.

Van de respondenten stelt de medisch adviseur van G3 iets vaker geneigd te zijn bij familiaire hypercholesterolemie gericht onderzoek te doen, maar zich tegelijk af te vragen of dit wel terecht is: er komt immers vaak niets uit. Het probleem is bekend en als men de benodigde medicijnen slikt is dit, aldus deze medisch specialist, feitelijk opgelost. De aandoening is immers, doorsnee gesproken, behandelbaar. Echter, soms is deze dat niet en in dat geval is inderdaad sprake van een zeer ernstige ziekte waaraan mensen jong komen te overlijden.
In die gevallen is volgens G3 acceptatie niet mogelijk en wordt de verzekering afgewezen. Een vergelijkbare observatie maakt de medisch adviseur van G1 ten aanzien van de ziekte Huntington. Drager zijn van dit type aandoening houdt immers in, dat men deze ziekte op termijn krijgt. Dat is geen kwestie van onzekerheid of een verhoogd risico, het is een zekerheid. Zelfs kan aan de hand van de overlijdensleeftijd

130 Over dit onderzoek zijn meerdere publicaties verschenen waaronder in Medisch Contact. Zie onder meer (van Maarle M, Stouthard M e.a., Genetische screening en verzekeringen. Medisch Contact 2000;55(10): 360-362).

van de ouder die drager van deze aandoening was, nauwkeurig worden aangegeven wanneer het kind dat eveneens drager is, zal overlijden. In de visie van deze medische adviseur kan zo'n drager dan ook geen levensverzekering afsluiten, alleen een arbeidsongeschiktheidsverzekering met een beperkte looptijd. Daartegenover stellen twee andere medisch adviseurs (van G3 en K1) dat er, als nog geen sprake is van symptomen van deze ziekte, er niet met afwijkende voorwaarden gewerkt wordt.

Ten slotte meldt de medisch adviseur van K1 dat het GAV een werkgroep heeft ingesteld, die het criterium '(on)behandelbaar' nader in dient te vullen. Deze respondent vindt het een onvermogen van de politiek dat de wet hier geen duidelijke criteria voor geeft. Naar zijn oordeel zal ook deze werkgroep nog wel enige tijd met haar opdracht bezig zijn. Immers, de lijst van dit type aandoeningen is niet statisch, maar afhankelijk van de stand van de medische wetenschap en voorts van de vraag in hoeverre een behandeling bijdraagt aan een menswaardig bestaan.

3.4.2.2 HIV-gedragscode: inhoud en naleving

De HIV-code: inhoud

In de gezondheidsverklaring behorende bij het aanvraagformulier voor een arbeidsongeschiktheids- of levensverzekering kunnen de volgende vragen worden opgenomen:

1. *Hebt u Aids?*
2. *Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?*
3. *Hebt u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?*

Zo ja, wanneer en in welk land?

4. *Gebruikt(e) u in de afgelopen periode van vijf jaren intraveneus drugs?*

Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal gebruikt?

5. *Wordt u, of bent u de afgelopen periode van vijf jaren behandeld wegens sexueel overdraagbare aandoening?*

Een medisch onderzoek en in dit kader het verzoek om een HIV-test kan gedaan worden indien het antwoord op (één van) deze vragen daartoe aanleiding geeft (art. 6 lid 2 WMK). Dit is het geval (HIV-code), indien:

- vraag 3 met ja is beantwoord en het betreffende land niet voorkomt op de lijst van landen, die worden beschouwd als landen met in het algemeen veilige bloedtransfusiediensten;
- vraag 4 met ja is beantwoord en vervolgens is gebleken dat niet-steriele materialen zijn gebruikt;
- vraag 5 met ja is beantwoord en is gebleken dat in de afgelopen vijf jaar een behandeling heeft plaatsgevonden wegens een anale gonorroe.

De HIV-code: naleving

Uit gesprekken met de medische adviseurs van verzekeraars G1, G3 en K1 komt naar voren dat men beneden de vragengrens standaard overgaat tot een HIV-antistoffen-test, indien de antwoorden op de bovenstaande vragen daartoe aanleiding geven. Het gaat dan, volgens de jurist van K1, steeds om bijzondere omstandigheden: betrokkene heeft, bijvoorbeeld, een bloedtransfusie, ondergaan in een land dat bekend staat als een risicoland. Het komt volgens deze verzekeraar maar een paar keer (twee tot drie keer) per jaar voor dat iemand naar aanleiding van de gezondheidsverklaring een HIV-test moet ondergaan. Deze inschatting wordt bevestigd door G1 en G3. Echter, deze norm geldt, opnieuw, alleen voor verzekeringen onder de vragengrens. Daarboven mag in alle gevallen om zo'n test worden gevraagd en dit gebeurt dan ook regelmatig.

3.4.3 Medische dossiervorming

3.4.3.1 De gezondheidsverklaring als start voor de dossiervorming

De gezondheidsverklaring: de doelgerichtheidsnorm

Het GAV, de vereniging voor geneeskundig adviseurs bij verzekeringsmaatschappijen, schrijft voor dat een medisch adviseur een zo gunstig mogelijk beeld schetst van het risicobeeld van de aspirant-verzekerde. Echter, daarvoor behoeft deze wel een zo compleet mogelijk beeld van diens gezondheidssituatie en ten behoeve van dit volledige beeld moet de aspirant-verzekerde een gezondheidsverklaring invullen. Verzekeraars werken met verschillende typen gezondheidsverklaringen, die variëren van zeer beperkt tot zeer uitgebreid. Het type gezondheidsverklaring is volgens de medisch adviseur van G3 afhankelijk van factoren als het soort verzekering, de omvang van de collectiviteit en de hoogte van het verzekerde bedrag. Vooral dit laatste is van belang. Het heeft immers geen zin informatie te verzamelen, als daarvan toch geen gebruik mag worden gemaakt en alleen boven de vragengrens mag naar aanleiding van bepaalde informatie handelend worden opgetreden. Daaronder is deze dus niet relevant.
Het voorschrift van artikel 2 WMK dat de te stellen - of in dit kader de in te vullen vragen - dienen te zijn toegesneden op het doel waarvoor gekeurd wordt, lijkt in de branche nog niet erg te leven. In het kader van de EBR-sessie is van de zijde van verzekeringsartsen aangegeven dat veel van de formulieren die nu nog altijd gebruikt worden, gedateerd zijn in de zin dat hierin veel irrelevante informatie wordt gevraagd. Een werkgroep van verzekeringsartsen zou deze formulieren in de visie van deze zegsman eens moeten opschonen.

De familieanamnese in de gezondheidsverklaring

Verzekeraars mogen bepaalde vragen weliswaar niet stellen, maar sommige open vragen kunnen ook informatie uitlokken die de aspirant-verzekerde niet had hoeven geven. Dit betreft - opnieuw - de vragen uit de familieanamnese naar erfelijke aandoeningen en naar de doodsoorzaak en overlijdensleeftijd van ouders en andere naaste familieleden. Het Verbond heeft al eens voorgesteld de familieanamnese uit de gezondheidsverklaring te schrappen, maar een aantal verzekeraars is hiertegen. Men wil niet per se medisch onderzoeken, maar wel kunnen blijven vragen ook ten aanzien van de onderdelen die onder deze noemer worden gemeld. Dit voorstel heeft dan ook geen doorgang gevonden. Ook heeft het Verbond een nieuw model van een gezondheidsverklaring ontworpen, waarin de vraag naar erfelijke aandoeningen in de familie niet langer voorkomt. Wel staan hierin vragen omtrent familie (ouders, broers, zussen): de gezondheidstoestand van nog in leven zijnde familieleden, de overlijdensleeftijd en oorzaak van overlijden van gestorven familieleden en tevens wordt hierin gevraagd naar zekere in de familie voorkomende aandoeningen (suikerziekte, epilepsie, kanker etc.). Veel verzekeraars, aldus de zegsman van het Verbond, volgen dit model.

In het kader van dit onderzoek zijn aanvraagformulieren en gezondheidsverklaringen ingezonden door dertig verzekeringsmaatschappijen. Van hen hebben 17 (waaronder G1, G2, G3, G5 en K1) de standaard-familieanamnese van het Verbond in het formulier opgenomen. Bij tien (waaronder D1 en D2) ontbreekt deze en één maatschappij (G4) heeft wel een familieanamnese in het formulier opgenomen, maar vraagt daarin niet naar de oorzaak van overlijden. Twee (kleine) verzekeraars stellen - in strijd met het Verbondsadvies - vragen naar het vóórkomen van erfelijke aandoeningen in de familie.

Uit de interviews komt naar voren dat bij de acceptatie de familieanamnese geen grote rol speelt. G3 vraagt onder de vragengrens niet door als deze niet is ingevuld, nu men volgens deze verzekeraar onder deze grens ook niet verplicht is dit onderdeel in te vullen. Bovendien kan hieraan - opnieuw onder de vragengrens - niet zoveel relevante informatie ontleend worden. In de praktijk ligt de nadruk toch bij de aspirant-verzekerde zelf. Pas als er teveel stoplichten op rood staan - iemand is te zwaar, rookt en heeft regelmatig hartklachten gehad - wordt naar de familieanamnese gekeken. Boven de vragengrens wordt hierop bij G3 wel doorgevraagd.

De HIV-gedragscode als onderdeel van de gezondheidsverklaring
Vierentwintig van de dertig verzekeringsmaatschappijen, waaronder G1 tot en met G5 en K1, hebben de HIV-gedragscode in de gezondheidsverklaring opgenomen. Zes maatschappijen hebben dit niet gedaan, maar van hen stellen vier, waaronder D1, wél de vraag of bijvoorbeeld het bloed van de aspirant-verzekeringsnemer wel eens onderzocht is op HIV/AIDS. Een andere maatschappij stelt niet de vraag of men AIDS heeft of onderzocht is op HIV, maar wel de drie andere vragen uit de HIV-code. Slechts twee van de dertig - waaronder D2 - stellen geen enkele vraag over HIV of AIDS.

De beperkte functie van de gezondheidsverklaring; sturing en verzwijging
Van verschillende kanten is gewezen op het feit dat de gezondheidsverklaring slechts één schakel is binnen het traject dat tot de toelating als verzekerde kan leiden. Deze verklaring is, aldus de medische adviseurs van G1 en K1 slechts een eerste stap van de medische dossiervorming. De hierin gegeven antwoorden kunnen vervolgens voor de medisch adviseur aanleiding zijn om, met behulp van de verstrekte machtiging, informatie op te vragen bij huisarts en/of behandelend specialist. Als de medische specialist dit vervolgens noodzakelijk acht, kan worden overgegaan tot een al dan niet gericht medisch onderzoek.
Van de kant van het Bureau Ombudsman is in dit verband nog gewezen op de positie in dit traject van de verzekeringstussenpersoon. Formeel gezien is deze onafhankelijk, maar een meldingsplicht naar de verzekeraar toe heeft hij niet en als regel staat hij aan de kant van de verzekerde. De voor hem relevante norm is dat hij zijn cliënt – dat is de aspirant-verzekerde – niet mag benadelen. Uiteraard betekent dit dat hij de betrokkene niet mag adviseren of aanzetten tot verzwijging, maar wel kan hij hem adviseren ten aanzien van de wijze waarop het formulier rechtens moet worden ingevuld.
Verzekeraars daarentegen benadrukken het belang dat mensen de gezondheids-verklaring zélf invullen en daarin niet gestuurd of onder druk gezet worden. Het invullen van een gezondheidsverklaring is immers geen formaliteit en mensen dienen bij de beantwoording goed na te denken over hetgeen in dit kader gemeld moet worden. In dit verband merkt G1 op dat er bij tussenpersonen óók veel kennis aanwezig is over welke verzekeraar welke aandoeningen zonder afwijkende voorwaarden verzekert. De sturing op dit soort informatie wordt door deze verzekeraar gezien als een bevordering van anti-selectie.

Alle in het onderzoek betrokken verzekeringsmaatschappijen zijn van mening dat verzwijging en anti-selectie vóórkomt. In welke mate het vóórkomt en of het door de invoering van de WMK is toegenomen blijft echter de vraag. Men weet het feitelijk niet. Op de EBR-sessie waar, als gezegd, een gemengd gezelschap aanwezig was van

verzekeraars en organisaties die meer staan voor de belangen van verzekerden is in hoge mate verdeeld gereageerd op een hieromtrent geformuleerde stelling.[131]

Wel menen verschillende van de benaderde verzekeringsartsen dat gezondheids-verklaringen vaak onjuist of onvolledig worden ingevuld. Op het moment dat wordt doorgevraagd of gericht medisch onderzoek verricht komt heel vaak extra corrigerende informatie naar buiten. Ook wordt opgemerkt dat aspirant-verzekerden heel vaak 'shoppen' bij diverse maatschappijen en dat dit al evenzeer kan duiden op anti-selectie. Anderzijds merkt de medisch adviseur van K1 op dat het bij onvolledig ingevulde gezondheidsverklaringen ook heel vaak gaat om vrij onschuldige leemtes. Men geeft aan onder behandeling bij een specialist te hebben gestaan, maar vergeet te melden waarvoor. Een medisch adviseur zal altijd willen weten *waarom* een aspirant-verzekerde een specialist heeft geraadpleegd, hoe onschuldig het achteraf ook blijkt te zijn.

Een eventuele toename van het aantal te verrichten medische onderzoeken
Het aantal medische onderzoeken is, volgens de medisch adviseur van G3, als gevolg van de WMK afgenomen. Verzekeraar K1 onderschrijft deze stelling, maar voegt hieraan toe, dat dit het aantal *standaard* medische onderzoeken betreft; het aantal gerichte medische onderzoeken is daarentegen juist toegenomen. Deze toename van gerichte onderzoeken wordt door deze respondent ook toegeschreven aan het feit dat gezondheidsverklaringen niet altijd goed of volledig worden ingevuld. De adviseur lost dit in veel gevallen op door bij de behandeld huisarts of specialist gericht informatie in te winnen. Pas in het uiterste geval zal men zelf gericht keuren. Gericht vragen heeft, aldus K1, de voorkeur, ten eerste omdat dit betrouwbaarder informatie oplevert, ten tweede omdat daarmee tijd en kosten bespaard worden.

3.4.3.2 Informatieverstrekking: de bijsluiter bij de gezondheidsverklaring

Erfelijkheid: de standaardverklaring van het Verbond
Op het moment dat de in te vullen gezondheidsverklaring een familieanamnese bevat, wordt de voorlichting aan de aspirant-verzekerde over hetgeen op grond van de WMK niet gemeld behoeft te worden, belangrijk. Het Verbond van Verzekeraars heeft behalve een standaard-gezondheidsverklaring ook een toelichting ontwikkeld. Hierin staat aangegeven: wat onder erfelijkheidsonderzoek wordt verstaan dat het ondergaan van een erfelijkheidsonderzoek nimmer een voorwaarde is voor het afsluiten van een verzekering dat onder de vragengrens geen informatie behoeft worden verstrekt over het resultaat van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek, bij de betrokkene zelf of bij diens bloedverwanten, evenmin als over het lijden of overleden zijn aan een ernstige, onbehandelbare erfelijke ziekte van zijn bloedverwanten, én dat reeds gemanifesteerde ziekteverschijnselen verbonden aan een dergelijke aandoening wel gemeld moeten worden.

Erfelijkheid: de naleving door verzekeraars
Deze standaardtoelichting ontbreekt in ongeveer de helft van de aan ons toegezonden gezondheidsverklaringen. Van acht van deze 15 is dit niet problematisch nu deze verzekeraars ook geen familieanamnese in de gezondheidsverklaring hebben opgenomen. Echter, bij zeven van hen wordt wel met een familieanamnese gewerkt, maar wordt daarop geen gerichte toelichting gegeven.

---

131 Met de stelling "De KNMG heeft onvoldoende oog voor de ernst van de verzwijgingsproblematiek" waren drie deelnemers het oneens (waarvan één 'zeer oneens'), en vier eens (waarvan twee opnieuw 'zeer eens'). Drie respondenten hadden geen mening.

HIV: de naleving door verzekeraars
Het merendeel van de toegestuurde formulieren (24 van de 30) heeft de HIV-code integraal overgenomen. Vier van hen geven hier geen toelichting bij, in de overige 20 wordt dit onderdeel wel toegelicht.

3.4.3.3 Het gebruik van machtigingen

Opvattingen van de benaderde adviseurs
Machtigingen bij aanvang van de verzekering kunnen worden gevraagd om de voor de toelating noodzakelijke gegevens te verkrijgen, of om achteraf, als het risico is ingetreden, na te gaan of sprake is geweest van een uitsluitingsgrond, of, een stap verder, bewuste misleiding (fraude). In beide gevallen geeft de aspirant-verzekerde de verzekeraar toestemming - oftewel: machtigt hij/zij diens medisch adviseur - om gegevens op te vragen bij één of meer behandelende artsen.

Volgens de jurist van K1 leveren machtigingen nauwelijks problemen op en worden ze in de praktijk gemakkelijk afgegeven. Mensen willen immers een verzekering afsluiten en de meeste aspirant-verzekerden hebben, volgens deze jurist, geen bezwaar tegen het doen verstrekken van gezondheidsgegevens. Het afgeven van een machtiging is, aldus de medische adviseur van G2 ook niet verplicht, maar de weigering een machtiging te tekenen kan wel consequenties voor de af te sluiten verzekering hebben. In dat geval immers brengt de medische adviseur advies uit op grond van wat hij op dat moment wél weet en omdat deze informatie onvolledig is, kan het advies ongunstiger uitvallen dan het geval was geweest als hij over de gewenste informatie had kunnen beschikken. Bij een weigering gaat hij immers doorgaans uit van het ernstigste geval.

Over de machtiging bij voorbaat - om op het moment dat het risico intreedt informatie in te winnen - merkt deze medische adviseur op, dat hij hier best van af wil zien, maar dat verzekeraars voor het verkrijgen van de in deze noodzakelijke informatie wel sterk afhankelijk zijn van de opstelling van artsen. Deze respondent noemt het medisch beroepsgeheim 'een groot goed', maar voegt daaraan toe te hopen dat artsen erop willen vertrouwen dat verzekeraars - dat wil zeggen de bij hen werkzame medische adviseurs - niet zomaar informatie opvragen. De mogelijkheid om bij een vermoeden van fraude of oneigenlijk gebruik informatie te kunnen opvragen en ook van de artsen krijgen, wil men zeer beslist wel hebben.

De praktijk bij verzekeraars
De ingezonden aanvraagformulieren zijn bekeken op de vraag of hierin tegelijk wordt verzocht een getekende machtiging mee te sturen. Dit is het geval bij vijf van de dertig, in de overige vijfentwintig ontbreekt zo'n standaard in het aanvraagformulier opgenomen machtiging.
In de gevallen waar de machtiging in het aanvraagformulier is opgenomen, geeft de aspirant-verzekerde de medische adviseur van de verzekeraar toestemming bij een - door de aspirant-verzekerde op te geven - huisarts en/of specialist nadere inlichtingen in te winnen die van belang kunnen zijn voor de beoordeling van de aanvrage tot een (arbeidsongeschiktheids-, ongevallen-, levens- en/of pensioen)verzekering. Deze informatieverstrekking (zonodig inclusief brieven van specialisten en/of röntgenverslagen) heeft dan steeds betrekking op in de gezondheidsverklaring

vermelde gegevens. Machtigingen om ingeval van een vermoeden van fraude navraag te doen zijn wij in de aan ons toegestuurde formulieren niet tegengekomen.[132]

3.4.3.4 Keurlingrechten: het afzien van een keuring, het recht op herkeuring

Op het moment dat dit rapport wordt geschreven, is nog maar weinig effectief gedaan met de nieuwe keurlingrechten uit de WMK. Namens het Verbond van Verzekeraars wordt in dit verband aangegeven dat hier mogelijk een taak ligt voor 'de' zelfregulering. Dit onderwerp komt hierna aan de orde.

Van de benaderde verzekeringsartsen zegt niemand uit de eigen praktijk een voorbeeld te kennen van een aspirant-verzekerde die bepaalde informatie niet wenst te verstrekken of een medisch onderzoek weigert omdat niet aan één van de in de WMK genoemde voorschriften is voldaan. Evenmin kennen de benaderde artsen uit eigen ervaring gevallen van mensen die bij een tegenvallend resultaat om een *second opinion* of een herkeuring vragen. Wel komt het in hun visie meer dan eens voor dat mensen een eenmaal gedane aanvrage intrekken om zich dan vervolgens - misschien - tot de concurrent te wenden. Mensen die een verzekering willen afsluiten - of dit nu een aansprakelijkheids-, een brand- of een levensverzekering is - winnen immers vaak eerst gericht informatie in bij diverse maatschappijen om prijs en voorwaarden te vergelijken. Degene die een verzekering met een gezondheidscomponent wil afsluiten is vrij - en doet dit, zo werd ons verzekerd, ook geregeld - om bij meerdere maatschappijen tegelijk een aanvrage in te dienen, teneinde vervolgens in zee te gaan met de maatschappij die de aantrekkelijkste prijs/kwaliteitsverhouding biedt of lijkt te bieden, of die de minste lastige (gezondheids-)vragen stelt.

3.4.4 Het consumentenperspectief

In dit onderdeel wordt ingegaan op het zogenaamde consumentenperspectief, derhalve die zaken die vanuit het oogpunt van de aspirant-verzekerde zijn benoemd - of kunnen worden aangemerkt - als problematisch.

Keurlingrechten: reactie van het Breed Platform op de stellingen van verzekeringsartsen

In dit kader zijn de bovengenoemde observaties van verzekeringsartsen over de afwezigheid van keurlingrechten voorgelegd aan de zegspersoon van het Breed Platform. Deze merkt in antwoord op de door de respondenten benoemde afwezigheid van klachten op dat het probleem met een in de wet gegeven recht om 'van keuring af te zien' juist is dat de meeste mensen *niet weten* welke rechten hen krachtens de WMK toekomen. Zolang dat zo is blijft het recht om van keuring af te zien vanwege het feit dat deze - nog nauwelijks bekende rechten - zijn geschonden, een wassen neus. Bovendien, zo benadrukt het Breed Platform, welke sanctie of vanuit het perspectief van de weigeraar, welke beloning staat er op deze weigerachtigheid?

Ook de door verzekeraars gemaakte observatie over de bewust shoppende aspirant-verzekerde wordt van deze zijde bestreden. In de visie van het Breed Platform komt een dergelijk shopgedrag bij gezondheidsrisicoverzekeringen veel minder vaak voor dan vaak wordt aangenomen. Mensen wenden zich doorgaans tot 'een' maatschappij voor een arbeidsongeschiktheids- of levensverzekering en zijn blij wanneer ze

---

[132] Dat wil uiteraard niet zeggen dat deze praktijk zich niet zal voordoen. Echter een standaard onderdeel van het aanvraagformulier maakt dit type machtigingen niet uit, althans niet in één van de aan ons toegestuurde aanvraagformulieren.

geaccepteerd worden. Het bij meerdere maatschappijen tegelijk - of na elkaar - indienen van aanvragen en dan vervolgens de maatschappij kiezen die de gunstigste voorwaarden biedt, is niet een beeld dat daar wordt herkend. In de visie van deze consumentenorganisatie is de verklaring voor het feit, dat het recht op herkeuring nu nog niet 'leeft' - in de zin dat hierom niet gevraagd wordt - dat zowel een gerichte voorlichting over het bestaan hiervan als een juridisch instrumentarium voor de nakoming ontbreekt. Aspirant-verzekerden die ontevreden zijn over de uitslag van een onderzoek - omdat zij geweigerd worden of zich alleen met uitsluitingen of tegen een hoge premie kunnen verzekeren - hebben vooralsnog geen enkel ander alternatief dan de door de verzekeraars gesuggereerde route naar een andere maatschappij. Dit is evenwel iets geheel anders dan een deugdelijk vormgegeven recht op herkeuring, aldus het Breed Platform.

Erfelijkheid: onduidelijkheid over het recht om te zwijgen
In een recente brief aan de beide betrokken ministeries wijst het Breed Platform erop dat de onduidelijk over de wijze waarop verzekeraars de regels rond het gebruik van erfelijkheidsgegevens toepassen, ertoe kan leiden - er de facto al een aantal malen toe heeft geleid - dat mensen afzien van het ondergaan van erfelijkheidsonderzoek. Deze brief is als bijlage toegevoegd (bijl. 10).
Dat deze regels om meer dan één reden inderdaad niet duidelijk zijn, is hiervoor al aangegeven. Dit bleek bijvoorbeeld uit de uitspraak van de Ombudsman Schade over de vrouw met een erfelijke aanleg tot borstkanker (paragraaf 2.1, naleving moratorium). Ook het criterium ‘manifest’ – en daarmee, voor de betrokkene, het moment waarop een bij hem/haar bekende erfelijke aanleg gemeld moet worden – is zelfs voor degene die het persoonlijk aangaat niet altijd precies vast te stellen. De vraag wat vooraf beslist gemeld moet worden en wat men eventueel voor zich mag houden, valt daardoor niet steeds zonder voorbehoud te beantwoorden. De consequenties voor de aspirant-verzekerde van een verwijtbaar niet-melden kunnen intussen verstrekkend zijn.

Erfelijkheidsonderzoek als voorwaarde voor een gezondheidsrisicoverzekering
In dezelfde brief geeft het Breed Platform aan het te betreuren dat de WMK kennelijk de ruimte biedt een erfelijkheidsonderzoek naar *behandelbare* aandoeningen als voorwaarde te stellen voor het afsluiten van een gezondheidsrisicoverzekering. Dat de wet deze ruimte inderdaad biedt, lijkt duidelijk. In een eerder commentaar op de wet is naar voren gebracht dat de WMK het verzekeraars aan de ene kant verbiedt naar de resultaten van eerder verricht erfelijkheidsonderzoek te vragen, maar hen aan de andere kant wel toestaat de betrokkene voor een onderzoek naar hetzelfde type aandoening naar de dokter te sturen (Kalkman-Bogerd, 1997).
In welke mate dit in de praktijk ook daadwerkelijk gebeurt, valt op basis van dit onderzoek niet vast te stellen. In de aan ons (in totaal dertig) toegezonden aanvraagformulieren is in twee een vraag aangetroffen naar erfelijke aandoeningen in de familie. In beide gevallen betreft het een kleine, niet in de vraaggesprekken betrokken maatschappij. Wat hier vervolgens met een 'positief' scorend antwoord wordt gedaan, onttrekt zich aan onze waarneming. De voor het onderzoek gesproken medische adviseurs geven stuk voor stuk aan de grenzen van het moratorium te respecteren, maar dit document biedt, als gezegd, wel degelijk ruimte voor het doen verrichten van erfelijkheidsonderzoek, mits het maar niet om onbehandelbare aandoeningen gaat.

Erfelijkheid: de verborgen vraagstelling van de familieanamnese
Een uit de stukken gedestilleerd probleem betreft de kwestie van de zogenaamde ‘verborgen erfelijkheidsvraag’ dat hiervoor onder de kop ‘familieanamnese’ is beschreven. Het onderwerp is bij wijze van casus (de aspirant-verzekerde met een aan Huntington overleden vader) voorgelegd aan de vertegenwoordigers van het Bureau Ombudsman. Op de vraag hoe deze betrokkene te adviseren wordt van deze zijde geantwoord dat men hem of haar zou aanraden de vraag (naar overlijdensleeftijd en oorzaak van overlijden van de ouders) open te laten. Een verzekeraar mag immers niet interpreteren.
Het is evenwel maar de vraag of de betrokkene hier in zo'n geval effectief mee wegkomt. Immers, uit de gesprekken met de medische adviseurs is juist gebleken dat men bij een niet of onvolledig ingevulde vraag juist doorvraagt, dan wel via een machtiging inlichtingen zal inwinnen bij een huisarts of specialist.

Privacy: de naleving van de WGBO-normen door (verzekerings-)artsen
Een andere in dit verband vermeldenswaardige observatie is afkomstig van de medisch adviseur van K1. Deze laat weten dat hij het wel eens heeft meegemaakt dat een huisarts, wellicht uit tijdgebrek, naar aanleiding van zo'n gerichte vraag het volledige medische dossier opstuurt. Dit is in strijd met de WGBO-normering en de betreffende adviseur benadrukt dan ook, dat het dossier in zo'n geval direct ongelezen wordt teruggestuurd. Maar intussen heeft dit zich wel op zijn bureau bevonden en kan dit dus door hem zijn ingezien. Dit betekent dat het niet geheel en al valt uit te sluiten - ook niet door in dit opzicht klip en klare regelgeving - dat een verzekeraar, dan wel een de bij een verzekeraar werkzame arts informatie krijgt die hij of zij uit overwegingen van privacy of in het licht van het vraagverbod van artikel 3 WMK niet hadden mogen hebben. Hoe vervolgens (door anderen dan deze adviseur) met dit gegeven wordt omgegaan, onttrekt zich aan onze waarneming.

Verzekeraars en de 'verboden informatie'
Het vraagstuk van het ‘uitlokken’ van door de wet tot irrelevant verklaarde informatie is als discussieonderwerp genomen voor de EBR-sessie van 31 januari jl. Hierin is de deelnemers de volgende vraag voorgelegd:

> *Door de opzet van het medische vragenformulier worden aspirant-verzekerden verleid iets te melden dat zij niet hoeven te melden. Bovendien laten aspirant-verzekerden zich verleiden, omdat men slecht op de hoogte is van wat een verzekeraar mag vragen. Kunt u aangeven wat hieraan gedaan zou moeten worden en door wie?*

Op deze vraag is een veelheid van reacties gekomen, variërend van één deelnemer die aangeeft het probleem niet te onderkennen tot de mededeling dat 'als het vragenformulier in strijd is met de wet', dit bestraft moet worden. Een andere respondent geeft in dit verband aan dat er bij de meeste gezondheidsformulieren al een uitgebreide toelichting zit en dat het probleem zo langzamerhand wordt dat de te geven toelichting te uitgebreid wordt en daardoor voor de leek onleesbaar. Overigens was déze respondent, zo voegt hij hier nog aan toe, het in zijn praktijk nog nooit tegengekomen dat men teveel informatie geeft. Na de discussie die naar aanleiding van de - anoniem gegeven - reacties is gevoerd, vat de gespreksleider deze als volgt samen: "Opvallend is dat niemand helemaal geen probleem ziet. Er zijn wel verschillen in de mate waarin men het als probleem ervaart. Daarnaast is er verschil van opvatting over wie er wat zou moeten doen."

De meningen over het onderwerp - dat is het al dan niet problematische van het ‘uitlokken’ van in termen van artikel 3 juncto 5 WMK verboden informatie - lopen, zo bevestigt deze discussie, behoorlijk uiteen.

3.4.5 Naleving van de keuringsregulering: enige eerste conclusies

De volgende conclusies worden getrokken naar aanleiding van het onderzoek naar de praktijk van verzekeraars.

1. Over de vraag hoe tevreden of ontevreden mensen zijn in hun positie als verzekeringskeurling lopen de meningen uiteen. Dit geldt al evenzeer voor onderwerpen als antiselectie, shopgedrag en verzwijging. Gerichte informatie over deze onderwerpen ontbreken vooralsnog. De stelling van het Breed Platform dat, zolang een goed toegankelijk en breed bekend klachtrecht ontbreekt, uitspraken over consumententevredenheid vrijwel niet gedaan kunnen worden, kan van deze zijde alleen maar worden onderschreven.

2. De normstelling van artikel 3 juncto 5 en 6 is problematisch ten aanzien van de normstelling op erfelijkheid. Het compromis dat, in de vorm van artikel 6 WMK, is gesloten ten aanzien van HIV/AIDS geeft in de praktijk weinig tot geen problemen. Het problematische ten aanzien van de norm op erfelijkheid (art. 5 WMK) zit hem zowel in de *inhoud*, de daarover te verstrekken *voorlichting* als de feitelijke *naleving*. Voor dit laatste kan een slagvaardig klachteninstituut - waarvan het bestaan ook breed bekend wordt gemaakt - nuttige diensten bewijzen.

3. Echter, alvorens kan worden overgegaan tot voorlichting of handhaving zal men het toch inhoudelijk eens moeten zijn over waar de in deze gegeven normen nu feitelijk, dat wil zeggen concreter dan blijkt uit de wettekst, voor staan. In het bijzonder betreft dit de meldplicht van de aspirant-verzekerde en het vraag- en onderzoeksrecht van verzekeraars naar aandoeningen die erfelijk bepaald zijn en niet per se onbehandelbaar, maar waarvan de aanleg aan de betrokkene zelf wel bekend is (al dan niet door een hiertoe verricht erfelijkheidsonderzoek).

4. Een belangrijke oorzaak van de in deze bestaande onduidelijkheid zit hem in de structuur van de regeling, welke een veelheid aan vooralsnog open normen laat zien. Het onderzoek heeft als ter invulling voorliggende onderwerpen het volgende laten zien:
   - de (her)inrichting van de te gebruiken gezondheidsverklaring inclusief de daarbij te verstrekken toelichting
   - de verdere invulling van zekere in de wet gegeven *blanket terms* en
   - het concreter vormgeven van keurlingrechten zoals het bij de maatschappij van de eigen keuze bezwaar maken - en ervaren dat daarmee iets gebeurt - wanneer deze handelt in strijd met de in de WMK of elders gegeven regels, en het recht op herkeuring.

5. Voor een tot in detail invullen van deze elementen behoeft de wetgever de expertise en de verschillende zienswijzen van alle bij het onderwerp betrokken partijen. Of deze het over alle onderdelen tot in laatste instantie eens kunnen worden, is twijfelachtig. Echter, een tot in uiterste consequentie met elkaar doorspreken en vervolgens - middels een partijcompromis of in laatste instantie de wetgever - doorhakken van een knoop, levert waarschijnlijk meer duidelijkheid op,

en daarmee voor het veld rechtszekerheid, dan thans het geval is. Beide zijn voor wat betreft dit onderwerp nog ver te zoeken.

Met deze laatste vaststelling komt het instrument van de geconditioneerde zelfregulering in beeld. De voortgang hiervan wordt besproken in de volgende paragraaf 3.5.

3.5 Zelfregulering; stand van zaken per 1.1.2001

3.5.1 Inleiding

Eén van de vragen waarop deze wetsevaluatie een antwoord dient te geven is of het wettelijk instrumentarium adequaat blijkt te zijn voor de beoogde versterking van de rechtspositie van sollicitanten en aspirant-verzekerden. Een belangrijk aspect van dit instrumentarium is het uitgangspunt van de geconditioneerde zelfregulering: het wettelijk kader wordt door de wetgever gegeven, waarna de uitvoerder dan wel de diverse bij de regeling betrokken partijen dit vervolgens door eigen initiatieven of regelgeving dienen in te vullen. De vraag of het wettelijk instrumentarium adequaat is voor de rechtspositieversterking van sollicitanten en aspirant-verzekerden komt derhalve feitelijk neer op de vraag of het uitgangspunt van de geconditioneerde zelfregulering in deze eerste drie jaar heeft gewerkt en zo nee, of daarin nog verbetering valt te verwachten dan wel kan worden gebracht.

Deze laatste vraag komt in het slothoofdstuk 4 aan de orde. In deze paragraaf gaat het om de twee eerste vragen: ,

- of de door de overheid verstrekte opdracht tot zelfregulering naar bevrediging is opgepakt;
- zo nee, wat daarvan de oorzaak of oorzaken zijn geweest.

Hiertoe wordt eerst de inhoud van de beoogde zelfregulering geschetst en de vraag in hoeverre zich hieromtrent initiatieven hebben ontwikkeld (paragraaf 3.5.2). Vervolgens (paragraaf 3.5.3) wordt ingegaan op de eventuele belemmeringen. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar de taakstelling tot regulering (art. 9 WMK).
De vraag naar de belemmeringen - concreet: hoe het komt dat initiatieven tot op heden zijn uitgebleven - is als discussieonderwerp ingebracht op de EBR-sessie van 31 januari 2001. Aansluitend is een gesprek gevoerd met vertegenwoordigers van het Breed Platform Verzekerden en Werk en met het Verbond van Verzekeraars. Deze discussie en de aansluitende gesprekken worden in deze derde paragraaf beschreven. Afsluitend worden in paragraaf 3.5.4 de twee eerste hierboven genoemde deelvragen beantwoord en enige eerste conclusies getrokken.

3.5.2 De WMK, initiatieven tot zelfregulering

In hoofdstuk 1 zijn de onderdelen benoemd ten aanzien waarvan de wetgever de bij de wet betrokken partijen heeft willen aansporen met eigen initiatieven te komen. Behalve het instellen van een onafhankelijke klachtencommissie (art. 13 WMK) is dit een opdracht tot regelstelling ten aanzien van de doelomschrijving van artikel 2 WMK en de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3-8 WMK. Deze opdracht is gegeven in artikel 9 WMK.

Eerder in dit hoofdstuk 3 kwam aan de orde dat eind 1999 een WMK-gerelateerde regeling tot stand is gekomen onder de verantwoordelijkheid van een aantal van de in de wet genoemde betrokken organisaties. Wel is daarbij meteen de kanttekening geplaatst dat deze regeling, het Convenant Fraudebestrijding, inhoudelijk weliswaar verband houdt met - en mogelijk ook is voortgekomen uit - de diverse in de WMK gestelde beperkingen, maar daarmee nog niet een product van zelfregulering in de zin van artikel 9 WMK is.
Voor het overige zijn op dit vlak nauwelijks initiatieven tot regelgeving ontplooid. Sterker, er is nauwelijks een overleg tussen de bij de zelfregulering te betrekken partijen van de grond gekomen.[133] Afgeronde producten zijn er dan ook niet en evenmin bestaat thans (februari 2001) zicht op een binnen afzienbare tijd te verschijnen regeling.

Het antwoord op de eerste deelvraag is dan ook negatief: de door de overheid verstrekte opdracht tot zelfregulering is in deze eerste periode van drie jaar (nog) niet opgepakt.

3.5.3 De afwezigheid van zelfregulering: genoemde oorzaken

Discussie tijdens de EBR-sessie
Het vooralsnog negatieve resultaat in deze was ten tijde van de EBR-sessie uiteraard bekend. Deze bijeenkomst is dan ook gebruikt om met alle betrokken partijen te brainstormen over de tweede onderzoeksvraag: hoe het komt dat de opdracht tot zelfregulering tot op heden niet is opgepakt. Zoals eerder aangegeven waren op deze bijeenkomst aanwezig:
2 vertegenwoordigers van het Verbond van Verzekeraars
2 vertegenwoordigers van de Ombudsmannen Leven en Schade
1 vertegenwoordiger van het Breed Platform Verzekerden en Werk
2 vertegenwoordigers van een zelfstandige organisatie van verzekeringsartsen en
3 vertegenwoordigers van verzekeraars.

Aan hen is over dit onderwerp een tweetal vragen voorgelegd waarover electronisch en dus anoniem gediscussieerd is. Vervolgens is de discussie – niet anoniem – voortgezet. Omdat deze informatie de enige beschikbare is over dit belangrijke onderwerp, wordt over deze EBR-sessie meer uitgebreid gerapporteerd

De over dit onderwerp aan de deelnemers voorgelegde vraag luidde:
De WMK nodigt belanghebbende organisaties met enige nadruk uit gezamenlijk regels te ontwerpen ten aanzien van de vele blanket terms (oningevulde begrippen) in de wet. Thans, drie jaar later, zijn er nog nauwelijks initiatieven in deze richting ontplooid. Wat is hier volgens u de oorzaak van? Kunt u aangeven wat er volgens u in de toekomst moet gebeuren?

133 In december 2000 heeft het BPV&W een brief naar het Verbond verstuurd met de nieuwe agenda voor het zelfreguleringsoverleg.

De reacties op deze vraag zijn in onderstaand kader opgenomen:[134]

Reacties van betrokkenen tijdens de EBR-sessie

Kennelijk voldoet de huidige invulling van de termen via de gedragscode en het moratorium erfelijkheidsonderzoek:

Verzekeraars hebben geen belang bij aanpassing of nadere invulling . De mogelijke gesprekspartners zijn niet gelijkwaardig.

Door steeds verdere aanpassingen beperk je ook de mogelijkheden voor een verzekeraar om zich te onderscheiden in de markt.

De gevolgen zijn nog niet duidelijk.

Welk belang is er om dit te doen?:

Dwingend opleggen indien dit nodig is.

Het aantal is m.i. niet nul: in de verzekeringsmarkt zijn er wel verschillende m.n. praktische ontwikkelingen geweest.

Verzekeraars hebben er kennelijk weinig behoefte aan om zich in detail te binden aan de WMK.

Nu er na drie jaar nog niets is gebeurd is het mijns inziens aan de wetgever, de Tweede Kamer, om de bepaalde termen in de wet te verduidelijken of meer concreet in te vullen.

Dat gebeurt ook al door de ministeries door te dreigen met een AMvB.

Een aantal zaken nader regelen via AmvB is nodig, omdat partijen kennelijk niet gelijkwaardig zijn om zaken met elkaar te doen.
Kern is: gezondheidsrisicoanalyse, statistiek en antiselectie. Verzekerde en verzekeraar hebben er baat bij over de witte vlekken in de wet professioneel advies in te winnen en aldus de wetgever te informeren.
Ook verzekeraars moeten zich aan de wet houden! zij staan daar niet boven!

Status aparte van de medische keuring voor zowel verzekerde als verzekeraar wordt pas over nagedacht als er veranderingen op til zijn.

De vraag is of de burger wel zo blij moet zijn met de WMK, het is meer de taak van het parlement en/of de minister om een goede wet te maken, maar dat schijnt voor hen niet gemakkelijk te zijn, het is de vraag of voor betrokkenen hier een taak is weggelegd. Iedereen komt op voor zijn eigen belangen dat lijkt verdedigbaar.

Verzekeraars zaten inderdaad niet op de WMK te wachten.

Regulering van vragen naar doodsoorzaken. Statistische registratie fraudegegevens. Met beschikbare gegevens de mogelijkheid hebben overleg te plegen. Door zelfregulering WMK en evt. aanvullende zaken regelmatig aanpassen.

Wellicht is de wet nog te kort van kracht en heeft het ontbreken ervan nog niet de behoefte op afstemming opgeleverd.

Nodig is meer duidelijkheid over wat het doel van de verzekeringskeuring is, welke vragen in dat kader mogen worden gesteld, een discussie over de voorspellende waarde van keuringen, verduidelijking van begrippen in de WMK.

Kan de overheid geen geheel nieuwe regeling bedenken die praktisch wel voldoet aan de wensen?

Voor de blanket terms bestaat een goede invulling, het is niet aan verzekeraars wijziging hiervan te bepleiten

Voor de consument is niet alles duidelijk. Dit leidt ook tot verzekeringsproblemen.

Inzicht in de effecten die deze wet in de praktijk heeft en in hoeverre deze overeenkomen met de maatschappelijke wensen, moet tot betere afstemming leiden.

134 Behalve zelf kunnen de deelnemers ook op elkaars stellingen reageren. De gecursiveerde teksten zijn steeds reacties op eerdere stellingnames.

De discussie is door de gespreksleider als volgt samengevat: iedere partij lijkt te taxeren wat beter is: zelfregulering of invulling door de overheid. Afhankelijk van de inschatting wat beter is, nemen partijen een bepaalde houding aan.

Reactie van het Breed Platform
Wanneer deze discussie wordt nabesproken met de bij de sessie aanwezige vertegenwoordiger van het Breed Platform Verzekerden en Werk geeft deze aan dat de idee van een vrijelijk door de partijen op te pakken opdracht tot zelfregulering in zoverre moeizaam is, dat de beoogde contractspartners niet gelijkwaardig zijn. Zo is van het consumentenplatform de achterban veel minder duidelijk en bovendien veel pluriformer dan die van een Verbond, dat vanuit de leden zelf is opgekomen en zich als zodanig veel beter kan profileren als 'de' spreekbuis van de in Nederland opererende verzekeraars. Het Breed Platform is ook minder draagkrachtig dan dit Verbond en beschikt daardoor over veel minder betaalde krachten. Empowerment van de verzekeringsnemer(-vertegenwoordiging) lijkt in deze op zijn plaats. Het is in de visie van het Breed Platform dan ook niet toevallig dat juist een onderwerp als fraudebestrijding wel met succes op de politieke agenda wordt gebracht. Dit gebeurt namelijk vooral wanneer dit voor de belangen van verzekeraars geboden lijkt. Voor 'de' zelfregulering is dit naar het oordeel van het Breed Platform niet anders en om die reden heeft het Breed Platform recentelijk de beide betrokken ministeries schriftelijk verzocht het proces van zelfregulering te helpen vlot te trekken. Deze brief, waarin zowel een aantal aandachtspunten voor 'de' zelfregulering, als een aantal concrete klachten benoemd worden, is als bijlage bij dit rapport gevoegd.

Reactie van het Verbond van Verzekeraars
Ook van de zijde van het Verbond wordt bevestigd dat relevante initiatieven tot zelfregulering tot op heden zijn uitgebleven. Het Verbond wijt dit vooral aan (op)startproblemen: niemand wist aanvankelijk hoe, met wie en waarmee te beginnen. De bereidheid om in samenspraak met anderen tot regels te komen is immers ook van deze zijde wel degelijk aanwezig, zo benadrukt de woordvoerder van het Verbond. Ter illustratie van het feit dat het uitblijven van initiatieven niet aan één omstandigheid (lees: partij) kunnen worden toegeschreven, wordt verwezen naar een eerder Verbondsinitiatief in deze (namelijk: een vraag aan de betrokken ministeries of met deze, in de brief bij name benoemde, gesprekspartners aan de overlegvoorwaarde van de wet is voldaan), dat een half jaar lang onbeantwoord is gebleven. Het initiatief van het Breed Platform om de zaken vlot te trekken wordt van deze zijde dan ook positief beoordeeld. De in deze brief genoemde punten kunnen ook naar het oordeel van het Verbond als uitgangspunt dienen voor de discussie van wat in dit kader geregeld dient te worden en op welke wijze dit het beste kan gebeuren.

3.5.4 Zelfregulering, enige eerste conclusies

Concluderend wordt over dit onderdeel het volgende vastgesteld:

Het proces van zelfregulering is tot op heden nog niet goed uit de verf gekomen. Hiervoor is een veelheid van oorzaken genoemd. Hoewel iedere partij taxeert wat beter is en daarop zijn houding bepaalt, heeft in dit geval slechts één van de partijen de mogelijkheden en de middelen om zaken op de agenda te zetten en vervolgens adequaat geregeld te krijgen. De veronderstelling dat de beoogde regulering er wel komt als de verzekeraars zich hier achter stellen, lijkt bevestigd door het feit dat het ene (zijdelings met de WMK verband houdende) product van zelfregulering, dat

inmiddels het licht heeft gezien, een onderwerp betreft dat juist verzekeraars graag geregeld zien, namelijk fraudebestrijding.
De idee van geconditioneerde zelfregulering is in deze context dan ook niet verkeerd - en wordt dan ook door niemand als zodanig van de hand gewezen - maar aan de verwezenlijking zitten meer haken en ogen dan bij het uitzetten van de opdracht is voorzien. Een belangrijke hobbel in dit verband is dat de wet meerdere partijen in gelijke mate verantwoordelijk acht, waardoor al snel de situatie ontstaat dat iedereen op elkaar gaat zitten wachten.

Een overheid die deze impasse wil doorbreken heeft de keus tussen, ofwel eigen regelstelling concipiëren, ofwel het proces van zelfregulering met enige zachte drang en mogelijk enige op de inhoud gerichte instructies stimuleren. Een argument om voor deze tweede optie te kiezen kan zijn dat recentelijk alle in deze betrokken partijen hebben aangegeven zich hierin te kunnen vinden.

3.6 Samenvatting resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van het empirisch onderzoek naar de inhoud en uitvoering van pensioenen en verzekeringskeuringen beschreven.
Een samenvatting van de antwoorden op de centrale onderzoeksvragen en de conclusies van dit deelonderzoek staan in hoofdstuk 4.

4

Synthese

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de resultaten van de deelonderzoeken welke in de voorafgaande hoofdstukken uitvoerig zijn beschreven. Geprobeerd is in deze synthese de samenvatting aan te vullen met conclusies en aanbevelingen en er is een beschouwende slotparagraaf opgenomen.
Omdat de WMK nog slechts drie jaar van kracht is en dientengevolge verwacht mag worden dat de doeltreffendheid en effecten in de praktijk nog maar beperkt meetbaar zullen zijn, hebben de onderzoekers zich bij hun eindoordeel terughoudend opgesteld. De implementatie van de WMK is, zo blijkt uit dit onderzoek, nog lang niet afgerond. Weinig chronisch zieken hebben tot dusver profijt gehad van de geconditioneerde zelfregulering. Ook ware het te wensen dat de beoogde gedragsveranderingen bij werkgevers en verzekeraars zich evident voordeden. Wat dit betreft ontvangt de wet van de onderzoekers voorlopig een onvoldoende. Toch is het lastig is om te beoordelen of de rechtspositie van de keurling beter af was geweest zonder de WMK. Op een beperkt aantal in dit evaluatieonderzoek onderscheiden praktijkcomponenten, blijkt de WMK toch doeltreffend en zijn de effecten positief te noemen. Vandaar de terughoudendheid van de onderzoekers in het eindoordeel. Bij het ontbreken van een nulmeting is het aangeven van een gedragsverandering bij partijen die uitsluitend is toe te schrijven aan deze wet overigens zeer lastig, vooral ook omdat op de werkingsgebieden van de WMK in dezelfde periode meerdere nieuwe wettelijke maatregelen in werkingtraden.

In deze inleidende paragraaf worden zeer kort besproken de historie van de WMK, een enkele definitie en de centrale onderzoeksvragen over aanstellings- en verzekeringskeuringen en de zelfregulering. De conclusies en beantwoording van de onderzoeksvragen per deelonderwerp worden beschreven voor achtereenvolgens de aanstellingskeuringen, verzekeringskeuringen en zelfregulering (paragraaf 4.2). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte beschouwing van de resultaten (paragraaf 4.3).

4.1.1 Geschiedenis en werkingsgebied

De op 1 januari 1998 van kracht geworden Wet op de medische keuringen (WMK) [135] beoogt de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van de keurling beter te beschermen en de rechtspositie van de keurling ook anderszins te versterken. Daarnaast is de wet bedoeld om ongewenste risicoselectie door middel van een aanstellingskeuring of een verzekerings- of pensioenkeuring tegen te gaan.
De maatschappelijke en politieke discussie over keuringen als selectie-instrument van werkgevers, pensioenfondsen en verzekeraars en over de validiteit en de voorspellende waarde van keuringen is in Nederland en omringende landen al zeker gaande vanaf 1970.[136] De historische beschrijving in hoofdstuk 1 beperkt zich tot de hoogtepunten in het recente verleden. Onder meer wordt genoemd de discussie over het bestaansrecht van en de te stellen grenzen aan *verzekeringskeuringen* in de context van het voortschrijdende inzicht over erfelijkheids- en gezondheidsrisico's, welke mede heeft geresulteerd in een Wet op de medische keuringen. In dezelfde tijd werd vanuit de samenleving en wetenschap en, zij het in beperkte mate, vanuit het Parlement aangedrongen op een wettelijke regulering van de *aanstellingskeuring*. Deze zou meer functiegericht en in aantal beperkt moeten worden.

Het debat over een geëigende regelstelling is gevoerd vanuit meerdere rechts-disciplines die het onderwerp beheersen, waaronder het arbeidsrecht en sociale zekerheidsrecht, maar vooral ook vanuit het privaatrechtelijke verzekeringsrecht en het gezondheidsrecht. De onderzoekers hebben aandacht besteed aan de rechtsgronden van deze rechtsgebieden en de voor het onderwerp relevante juridisering daarbinnen. Het gaat daarbij om de binnen deze rechtsgebieden heersende uitgangspunten en de wijze waarop deze zijn vertaald in concrete regelgeving.
Gezondheidsrecht is een betrekkelijk jong rechtsgebied dat sinds de jaren vijftig van de twintigste eeuw tot ontwikkeling is gekomen. De groei van deze tak van het recht hangt samen met de ontwikkelingen in medische wetenschap en technologie en met veranderingen in de samenleving. Verzekeringsrecht is een van oudsher privaatrechtelijke discipline, dat thans nog is geregeld in het Wetboek van Koophandel, maar in 2002 wordt ondergebracht in het Burgerlijk Wetboek (Boek 7).

De WMK is op onderdelen het resultaat van voorafgaand overleg: verschillende wetsbepalingen komen neer op een codificatie van zaken waarover eerder, althans op hoofdlijnen, overeenstemming was bereikt. De kern en het verloop van het debat hierover en de aan de wet voorafgaande brancheregelingen zijn beschreven in hoofdstuk 1, paragraaf 1.2. Daarin komt onder meer aan de orde dat met de WMK gekozen is voor een 'civielrechtelijke inbedding' van de (gezondheidsrechtelijke) rechtsverhouding om uitdrukking te geven aan de intrinsieke gelijkwaardigheid van partijen. Tegelijkertijd is de WMK bedoeld om de ongelijkheid tussen partijen te compenseren. De naleving van de WMK is primair in handen van partijen zelf, daarover zijn de partijen het wel eens.
De WMK bevat echter ook enige controversiële elementen waartegen bezwaren zijn blijven bestaan vanuit partijen en de belangenorganisaties. Zo bevat de regeling een aantal elementen die met name voor verzekeraars omstreden zijn gebleven zoals het absolute karakter van het keuringsverbod van artikel 4, leden 3-5 en de mededelings-plicht van aspirant-verzekerden. De vertegenwoordigende organisaties van werkgevers

135 *Staatsblad (Stb),* 1997, 636. Zie voor een volledig overzicht van de WMK wettekst bijlage 1.

136 Zie onder meer De Kort, 1993 en 1997; Dute, 1997; Hendriks, 2000.

hebben grote bezwaren tegen een Wet op de medische keuringen. Vandaar dat zij vooralsnog weigeren gehoor te geven aan de in de Wet opgenomen oproep tot zelfregulering van niet geregelde aspecten rond aanstellingskeuringen.
De verschillende organisaties die geacht worden tot afspraken te komen lijken op een aantal punten in een loopgravenoorlog verwikkeld. Toch onderschrijven zij allen de kerngedachte achter de WMK zoals bescherming van de keurling, versterking van zijn rechtspositie, of tegengaan van ongewenste risicoselectie.

Twee werkingsgebieden en zelfregulering
Uit de historische schets van de totstandkoming van de WMK in hoofdstuk 1 en de besproken wettechnische aspecten en de normstellingen vanuit de wet in relatie tot een sollicitatie naar een aanstelling, respectievelijk in relatie tot een verzoek tot toelating als verzekerde tot arbeidsgerelateerde of particuliere verzekeringen, blijkt dat er twee verschillende en min of meer onafhankelijke werkingsgebieden moeten worden onderscheiden: de aanstellingkeuringen en de verzekeringskeuringen. Deze laatste zijn onder te verdelen in 1. arbeidsgerelateerde keuringen (de verzekeringen die via de werkgever worden afgesloten, zoals de aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenen) en 2. particuliere verzekeringen, voorzover die verzekeringen vallen onder de reikwijdte van de wet.
De beschreven normstellingen in de wet geven aan dat hoewel er een overlap is tussen de doelstellingen van de wet, deze in de vertaling naar de uitvoeringspraktijk op beide genoemde werkingsgebieden tot verschillende doel- en taakstellingen kunnen leiden (hoofdstuk 1, paragraaf 1. 3 en 1.4).
Vanwege de duidelijk te onderscheiden werkingsgebieden is gekozen voor een afzonderlijke beschrijving van de uitvoering en effecten van de wet. Hoofdstuk 2 van dit rapport bevat daarom de resultaten van het empirisch deelonderzoek naar de uitvoering van het onderdeel aanstellingskeuringen van de Wet op de medische keuringen. Hoofdstuk 3 bevat dezelfde onderzoeksresultaten op het gebied van pensioen- en verzekeringskeuringen.
Voor beide werkingsgebieden geldt de opdracht voor representatieve organisaties van partijen dat er nadere invulling van wettelijke regels en normen door middel van zelfregulering moet plaatsvinden. Omdat de naleving van de WMK primair in handen is van de partijen zelf wordt in beide genoemde hoofdstukken en het onderhavige slothoofdstuk apart aandacht besteed aan de wijze waarop de representatieve organisaties van partijen taken ten aanzien van zelfregulering uitvoeren.

Keuring
De WMK verstaat onder keuring:
Vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek[…] (art. 1 WMK). In het onderhavige evaluatieonderzoek vallen in het kort de volgende zaken onder een keuring: het mondeling stellen van vragen naar de gezondheid, het verstrekken van een formulier met vragen naar de gezondheid, het vragen naar een gezondheidsverklaring, een lichamelijk onderzoek door een arts, en aanvullend onderzoek (zoals laboratorium bepalingen, ECG). De wet stelt (daarmee) ook normen voor de inrichting van het aanvraagformulier voor een verzekering.
Overeenkomstig de wet gaan de onderzoekers er verder vanuit dat een keuring bij aanstelling alleen mag worden uitgevoerd door een bedrijfsarts die werkzaam is bij een gecertificeerde arbodienst. Een werkgever mag niet vragen naar de gezondheid en ook geen gezondheidsverklaringen vragen. Daarnaast is er een expliciet verbod voor werkgevers om tijdens een sollicitatiegesprek te vragen naar gezondheid of ziekteverzuim in het verleden. En verder mogen *aanstellingskeuringen* alleen plaats hebben

indien aan de vervulling van de functie bijzondere eisen van medische geschiktheid worden gesteld.
Toelatingskeuringen voor deelneming aan een *(bedrijfs-)pensioenvoorziening* of een aan een dienstverband gekoppelde *arbeidsongeschiktheids- of overlijdensverzekering* zijn verboden. Voor alle overige verzekeringen geldt dat keuringen geen onevenredige inbreuk mogen maken op de persoonlijke levenssfeer van de keurling en dat bepaalde vragen en medische onderzoeken ofwel helemaal verboden zijn, ofwel alleen zijn toegestaan bij verzekeringen die uitgaan boven een vastgesteld bedrag.[137]

4.1.2 Evaluatieonderzoek

Na inwerkingtreding van de WMK in 1998 zendt de Minister van VWS in overeenstemming met de Minister van SZW aan de Staten-Generaal periodiek een verslag over de doeltreffendheid en effecten van de WMK in de praktijk (art. 15 WMK). De ministers hebben ZON verzocht zorg te dragen voor de uitvoering van deze eerste evaluatie na drie jaar via het Programma evaluatie regelgeving. TNO Arbeid heeft vervolgens dit onderzoek uitgevoerd in samenwerking met het HSI.[138]
Aanvankelijk is een veertigtal evaluatievragen geformuleerd en een achttal vragen of invalshoeken vanuit waar de analyse van gegevens dient te geschieden.[139] Uit deze vragen zijn vervolgens door TNO Arbeid de voor aanstellings- en verzekeringskeuringen centrale onderzoeksvragen afgeleid - waardoor de antwoorden min of meer vergelijkbaar zijn - die binnen de gegeven randvoorwaarden geheel of gedeeltelijk zijn te beantwoorden.

4.1.3 Centrale onderzoeksvragen

Om een synthese te kunnen maken van de uitkomsten van de empirische deelonderzoeken naar de twee werkingsgebieden van de WMK en naar zelfregulering zijn, zoals gezegd, drie centrale onderzoeksvragen geformuleerd waarop in de voorgaande hoofdstukken antwoord is gegeven (schema 4.1).

De eerste centrale onderzoeksvraag omvat vragen naar normstellingen in de wet, de min of meer kwantificeerbare doelstellingen en naar de *effecten en resultaten* van de WMK. Bij de tweede vraag gaat het meer om normstellingen en vragen naar *procesmatige of uitvoeringscomponenten*. Hoewel de derde centrale onderzoeksvraag ook een proces karakter heeft gaat het hier om het slagen van (opgedragen) samenwerking tussen representatieve organisaties.

137 Beide laatste keuringen worden verder aangeduid als verzekeringskeuring, aangezien het - ook bij de regulering van de pensioenkeuring - steeds gaat om het aspect gezondheidsrisicoverzekering binnen de voorziening.

138 Hugo Sinzheimer Instituut, UvA

139 Het Programma Evaluatie regelgeving Wet op de medische keuringen (ZON) benoemd op de terreinen van aanstellingskeuringen, verzekerings- en pensioenkeuringen en zelfregulering 38 specifieke vragen.

Schema 4.1 Centrale onderzoeksvragen

Centrale onderzoeksvraag 1:
Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten

- Welke effecten worden beoogd met de WMK?
- Welke (mogelijke) neveneffecten van de WMK zijn door de diverse partijen benoemd?
- Wat zijn in de praktijk de effecten van de WMK?
- Welke neveneffecten doen zich in de praktijk voor?

Centrale onderzoeksvraag 2:
Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen, de handhaving van de WMK en de rechtspositieversterking van sollicitanten en aspirant-verzekerden geregeld en hoe pakken deze in de praktijk uit?

- Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de gedeeltelijke privatisering van sociale werknemersverzekeringen door de wet TBA, de WULBZ en de PEMBA en de REA?
- Op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet?
- Wat voor consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk?
- Op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats?
- Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechtspositie van aspirant-verzekerden of behoeft dit verbetering?

Centrale onderzoeksvraag 3:
Hoe heeft het concept van zelfregulering bijgedragen aan de realisatie van doelstelling van de wet?

- Op welke wijze hebben representatieve organisaties van werkgevers, verzekeraars, werknemers, consumenten en patiënten en artsen de hun opgedragen taken ten aanzien van de zelfregulering uitgevoerd en met welke resultaten?
- In welke mate voldoen protocollen, convenanten en andere afspraken gemaakt in het kader van de zelfregulering aan de doelstellingen van de WMK?

Vervolgens zijn de centrale onderzoeksvragen 'vertaald' voor de beide werkingsgebieden aan de hand van de uit de WMK afgeleide doel- en normstellingen (hoofdstuk 1, paragraaf 1.4).

4.1.4 Gegevensverzameling

Om te voldoen aan het verzoek eerder te beschikken over de resultaten van het onderzoek naar aanstellingskeuringen heeft de gegevensverzameling voor dit deel van het evaluatieonderzoek ruim tweeëneenhalf jaar na inwerkingtreding van de wet plaatsgevonden en is de betreffende conceptrapportage in oktober 2000 opgesteld.[140] Daarbij zijn diverse onderzoeksmethoden gebruikt:

- een evaluatie van de wettekst;
- bestudering van wettechnische en onderzoeksliteratuur en beleidsdocumenten;
- telefonische interviews met 1.000 werkgevers;
- een schriftelijke enquête verzonden aan 1.800 bedrijfsartsen;
- een tiental gesprekken met vertegenwoordigers van betrokken organisaties (vertegenwoordigers van bedrijfsartsen, van arbodiensten, van werkgevers, van werknemers, van chronisch zieken en gehandicapten en mensen betrokken bij de wetvoorbereiding);
- een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van partijen.

Het onderzoek naar de normstellingen en uitvoering van de pensioen- en verzekeringskeuring is uitgevoerd tussen medio 2000 en februari 2001. Voor dit deelonderzoek zijn de volgende onderzoeksmethoden gebruikt:

- een evaluatie van de wettekst;
- bestudering van wetstechnische en onderzoeksliteratuur, beleids- en werkdocumenten;

140 De resultaten zijn beschreven in het TNO-rapport 'Goed Gekeurd. Aanstellingskeuringenbeleid en de invulling en uitvoering van de Wet op de medische keuringen', De Vos e.a., 25-1-2001

- telefonische interviews met enkele pensioenfondsen;
- een schriftelijke enquête verzonden aan 90 bedrijfstakpensioenfondsen;
- ongeveer twintig gesprekken met deskundigen en vertegenwoordigers van betrokken instanties (verzekeraars, brancheorganisaties van verzekeraars en van pensioenfondsen, medewerkers van de Ombudsman Schade en Leven, vertegenwoordigers van belangenorganisaties: van werkgevers, werknemers, en van verzekerden);
- een Electronic Board Room sessie (EBR) met vertegenwoordigers van alle partijen.

4.2 Beknopte beantwoording onderzoeksvragen

4.2.1 Evaluatie onderzoek Wet op de medische keuringen: aanstellingen

In deze paragraaf wordt een eerste samenvatting gegeven van de resultaten van empirische deelonderzoeken naar aanstellingskeuringen en antwoorden op de eerste twee centrale onderzoeksvragen zoals die beschreven zijn in hoofdstuk 2.
In de WMK en tijdens de parlementaire behandeling zijn normstellingen geformuleerd en zijn verwachtingen uitgesproken over de effecten die deze kunnen hebben bij de toepassing ervan. Een overzicht van de normstellingen en de daaruit afgeleide onderzoeksvragen naar mogelijke effecten is weergegeven in schema 4.2 aan het slot van deze paragraaf. De antwoorden op deze onderzoeksvragen staan hierna vermeld.

4.2.1.1 Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten?

√ *De norm: inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuringen*

Aanstellingskeuringen zijn alleen nog toegestaan wanneer aan de vervulling van de functie bijzondere eisen van geschiktheid worden gesteld. Bij naleving van deze doelvereiste ligt het in de verwachting dat het aantal aanstellingskeuringen daalt.
Een complicerende factor bij het vaststellen van dit effect blijkt onder meer dat terwijl het aantal keuringen door bedrijfsartsen kan dalen, het aantal niet langer toegestane keuringen kan toenemen. Hierdoor is het lastig om het totaal saldo van effecten van de WMK vast te stellen. Zo blijkt, zoals hierna besproken (effect 1), dat het aantal keuringen door bedrijfsartsen daalt en dat het verbod op het stellen van vragen over gezondheid aan de sollicitant vaak wordt overtreden (effect 2). Een andere vorm van risicomijdend gedrag bij aanstelling is het in tijdelijke dienst nemen van werknemers (effect 3), die dan beoordeeld kunnen worden op hun verzuim. Dit is overigens niet verboden.

Effect 1. Daalt het aantal door bedrijfsartsen verrichte keuringen?
Het aantal keuringen dat bedrijfsartsen jaarlijks verrichten, is aanzienlijk gedaald
In 1987 werd ooit een schatting gemaakt van 334.461 aanstellingskeuringen (Lourijsen e.a., 1993). Huidig onderzoek levert (na extrapolatie) een schatting op van tussen de 56.000 en 70.000 keuringen in 1999. Onder de geënquêteerde artsen is er in 1999 een afname in het aantal aanstellingskeuringen ten opzichte van 1998 van 5%. De relatieve afname van het aantal aanstellingskeuringen is groter als rekening wordt gehouden met een toename van het aantal vervulde vacatures in de meest recente periode.

Bij een onderzoek onder chronisch zieken werd in 1998/1999 7% van degenen die een (nieuwe) werkkring vonden, medisch gekeurd.[141] In een bedrijvenonderzoek bij bedrijven met meer dan 5 werknemers, vond in 1998 bij 9% van nieuw aangenomen personeel een aanstellingskeuring plaats (Door het ontbreken van bedrijven met 2-5 werknemers, moet deze 9% naar beneden bijgesteld worden). Bij rond 800.000 vervulde vacatures in 1999 (gegevens Arbeidsvoorziening) komt een kans van tenminste 7%, om medisch gekeurd te worden uit op tenminste 56.000 keuringen per jaar, een schatting die goed overeenkomt met die van het bedrijfsartsenonderzoek.

Terwijl het aantal keuringen door een arts daalt, stijgt het percentage afgekeurde sollicitanten licht
Van alle keurlingen wordt gemiddeld 5% afgekeurd dan wel wordt aan hen terugtrekking uit de procedure geadviseerd. In 1987 (Lourijsen e.a., 1993) was dit percentage 2%. Voor een echt goede vergelijking met 1987 zouden keuringsresultaten van vergelijkbare functies met elkaar moeten worden vergeleken, hetgeen niet mogelijk is. Een vraag die onbeantwoord blijft is: of vóór 1998 mensen werden afgekeurd voor functies waarvoor nu geen aanstellingskeuring meer nodig is, en zo ja hoe vaak dit gebeurt?
Hoewel vrijwel alle bedrijfsartsen ten minste 'in grote lijnen' op de hoogte zijn van de strekking van de WMK is slechts 60% hier goed mee bekend. Artsen die gestopt zijn met het doen van aanstellingskeuringen, hebben dat merendeels gedaan vanwege de invoering van de WMK. Een meerderheid van alle artsen vindt dat er een zinniger praktijk bij personeelsselectie is ontstaan.

Het percentage bedrijven dat aanstellingskeuringen laat uitvoeren door een arts, daalt
Een aanstellingskeuring uitgevoerd door een bedrijfsarts is in één op de acht bedrijven in Nederland aan de orde, in de zin dat bedrijven aangeven functies te hebben waarvoor bijzondere eisen voor geschiktheid worden gesteld. Bij grotere bedrijven vinden er door de jaren heen vaker keuringen plaats dan bij kleinere bedrijven. Het percentage bedrijven dat zegt functies te hebben waarvoor een dergelijke keuring aan de orde is fluctueert van 10% van de bedrijven met minder dan 10 werknemers, 14% van de middelgrote bedrijven tot 32% van de bedrijven met 100 of meer werknemers. Zowel in 1998 als in 1999 en 2000 zegt minder dan 8% van de bedrijven *veel* functies te hebben waarvoor sollicitanten een keuring dienen te ondergaan alvorens te worden aangenomen. Bij deze bedrijven behoort keuren tot een *normaal onderdeel van de sollicitatieprocedure*. Dit percentage was vóór 1998 duidelijk hoger.
Uit het onderzoek blijkt dat in 1999 naar schatting 5,5% van de bedrijven daadwerkelijk een keuring door een bedrijfsarts heeft laten uitvoeren (Lang niet alle bedrijven nemen ieder jaar nieuw personeel aan). De conclusie is dat ongeveer de helft van de bedrijven die functies hebben waarvoor een aanstellingskeuring aan de orde is (ongeveer 12%), in het geval van het aantrekken van nieuw personeel in 1999 een keuring door een bedrijfsarts heeft laten uitvoeren.

Keuringen zijn bedrijfssector en beroepsgebonden
Keurende bedrijfsartsen verrichten vooral aanstellingskeuringen voor de vervoers-sector, gezondheid- en welzijnssector, de bouw en de sectoren onderwijs en overheid. Ook in bepaalde industriële sectoren (metaal en overige industrie) wordt door veel bedrijfsartsen ten minste één aanstellingskeuring per jaar uitgevoerd. De topvijf van

141 Bron: patiëntenpanel Chronisch Zieken van NIVEL.

beroepen waarvoor gekeurd wordt, bestaat uit chauffeurs, persluchtdragers, brandweerlieden, functies met intensief patiëntencontact en bodemsaneringwerkers.

Effect 2: En blijven in sollicitatiegesprekken vragen naar gezondheid uit?
In sollicitatiegesprekken worden te vaak vragen gesteld over de gezondheid
Vragen naar gezondheid (een keuring) door de werkgever is niet toegestaan (art. 4. lid 2 WMK). Bij 46% van de bedrijven wordt bij sollicitaties geprobeerd iets over de gezondheid van de sollicitant te achterhalen: door te vragen naar de gezondheid of het eerder verzuim en in enkele gevallen door te vragen om een gezondheidsverklaring. In bedrijven waar aanstellingskeuringen door arbodiensten aan de orde zijn, gebeurt dit overigens vaker. In 1998 liet 44% en in 1999 49% van de bedrijven een medische keuring verrichten en/of stelde de sollicitant een vraag naar de gezondheid (Berendsen e.a., 1998; Koehler en Spijkerboer, 1999).

Effect 3: Zijn er andere vormen van risicomijdend gedrag ontstaan?
Behalve vormen van risicomijdend gedrag die de WMK verbiedt, zoals het stellen van gezondheidsvragen tijdens het sollicitatiegesprek en het laten invullen van een gezondheidsvragenlijst, zijn er niet verboden gedragingen die het risico van de werkgever verminderen op het aannemen van chronisch zieke werknemers. Vormen van risicomijdend gedrag die door bedrijfsartsen en geïnterviewden zijn genoemd zijn het werknemers in tijdelijke dienst nemen of uitzendkrachten aannemen (“kat uit de boom kijken”). Wat betreft dit laatste punt komt uit de interviews naar voren dat arbodiensten hier wel een beleid voor hebben, zoals ook tijdelijke dienstverbanders keuren als voor die functie een aanstellingskeuring nodig is. Wel is het waarschijnlijk zo dat tijdelijke dienstverbanden en het nemen van uitzendkrachten vaker worden toegepast voor functies waarvoor geen aanstellingskeuring nodig is.
Door sommigen is de verwachting uitgesproken dat de selectie op gezondheid door werkgevers zelf na invoering van de WMK belangrijk zou toenemen. Verondersteld wordt dat de krapte op de arbeidsmarkt er toe heeft bijgedragen dat deze selectie beperkt is gebleven. Overigens geeft 46% van de keurende artsen en 28% van de niet meer keurende artsen aan dat sinds de invoering van de WMK hun werkgevers (klanten van de bedrijfsarts) nu minder op gezondheid selecteert bij sollicitaties.

Effect 4: Zijn de overige benoemde (neven)effecten opgetreden?
Chronisch zieken worden niet vaker gekeurd
Van de chronisch zieken die in de afgelopen 2 jaar solliciteerden is 7% medisch onderzocht door een arbodienst, een percentage dat overeenkomt met dat bij sollicitanten in het algemeen.[142] Tijdens het sollicitatiegesprek werd bij 32% van de chronisch zieken een vraag gesteld over de gezondheid (een verboden vorm van keuren). Dit percentage is nauwelijks lager dan de schatting uit het onderhavig deelonderzoek.

Arbeidsgehandicapten en de WMK
In 1999 zijn naar schatting 16.000 vacatures door arbeidsgehandicapten vervuld (Wevers e.a., 2000). Daarvan zijn ten hoogste 6.000 door de bemiddelingsinstellingen succesvol naar werk bemiddeld, en zal dus de arbeidshandicap bij de werkgever bekend zijn.
Niet bekend is of, en zo ja hoeveel, sollicitanten vanwege een beperking, chronische ziekte en/of arbeidshandicap worden afgewezen. Het aantal klachten van sollicitanten

142 Gegevens NIVEL: Patiëntenpanel Chronisch Zieken: een representatieve steekproef onder chronisch zieken (niet gepubliceerd).

over de sollicitatieprocedure bij het Breed Platform verzekerden en Werk (BPV&W) beperkt zich tot minder dan honderd per jaar.

Geneeskundige begeleiding werknemers verminderd.
Er zijn verschillende bedrijfsartsen die opperen dat het beperken van het aantal aanstellingskeuringen afbreuk doet aan de mogelijkheid tot goede bedrijfsgeneeskundige begeleiding na aanstelling. Gevers (1998) stelt dat dit niet zo hoeft te zijn. De werkgever kan zijn werknemer na aanstelling vragen om mee te werken aan een intredeonderzoek. Het bedrijfsartsenonderzoek laat zien dat intredeonderzoeken niet vaak voorkomen: 18% van de keurende artsen en 8% van de niet keurende artsen doen altijd/meestal intredeonderzoeken na indiensttreding van een werknemer, en 41% van de keurende artsen en 71% van de niet keurende artsen doen helemaal geen intredeonderzoeken. De geïnterviewden geven aan dat werkgevers hun arbodiensten niet vaker dan voorheen intredeonderzoeken laten verrichten. Ferrier en Edelaar (2000) daarentegen vonden in een onderzoek onder gecertificeerde arbodiensten, dat medio 1999 een derde van de arbodiensten een toename signaleerde van het aantal intredeonderzoeken.

√ *De norm: beperking ten aanzien van de inhoud van keuringen*

Effect 5: Worden er in de context van aanstellingen geen vragen gesteld of onderzoeken verricht naar zaken die een onevenredige inbreuk maken op de persoonlijke levenssfeer?
Inhoud van de keuring door een arts is meer functiegericht geworden
Het onderhavige onderzoek kan geen antwoord geven op de vraag of het voorkomt dat tijdens keuringen door een arts een onevenredige inbreuk wordt gemaakt in de persoonlijke levenssfeer van de keurling. Wel heeft het onderzoek een trend vast kunnen stellen dat de keuring meer functiegericht is geworden.
Onderdelen van een aanstellingskeuring die door de bedrijfsartsen het meest zijn genoemd zijn: een schriftelijke (82%) of mondelinge anamnese (74%), een algemeen oriënterende anamnese (83%) of anamnese gericht op orgaansystemen (72%) of lichamelijke aandoeningen uit het verleden (70%). Het lichamelijk onderzoek gericht op functionele mogelijkheden of beperkingen is een vrij vast onderdeel geworden van de aanstellingskeuring (vergeleken met 1987 een toename van 27% naar 75%). De volgende onderdelen zijn vergeleken met de situatie in 1987 sterk afgenomen: anamnese gericht op het arbeidsverleden (van 90% naar 55%), een algemeen oriënterend lichamelijk onderzoek (van 91% naar 45%), visusonderzoek (van 97% naar 56%) en urineonderzoek (van 93% naar 28%).
Dertien procent van de bedrijfsartsen gaf aan dat de keuring meestal bestond uit een gezondheidsverklaring. Voor bedrijfsartsen die in de gezondheidszorg werkten was dit 37%.

Werkgevers vragen te vaak naar gezondheid
Zoals genoemd onder effect 2 overtreden de werkgevers te vaak de bepaling in de WMK dat zij geen vragen mogen stellen naar gezondheid. Dit kan opgevat worden als een ongerechtvaardigde inbreuk op de levenssfeer van de sollicitant. Vastgesteld wordt dat over de inhoud van deze vragen weinig bekend is en dat in sommige gevallen het vragen naar gezondheidsverklaringen verplicht is vanwege Europese of andere wetgeving (zie ook par. 2.8.5).

√ *De norm: versterking van de rechten van de keurling*

Versterking van de rechten van de keurling is vooral afhankelijk van de verdere ontwikkeling, naleving en handhaving van de regels. De versterking van de rechtspositie in relatie tot handhaving wordt beschreven in de volgende paragraaf 4.2.1.2. Hieronder worden twee min of meer kwantificeerbare effecten genoemd, namelijk de slechte informatieverstrekking aan de keurling (waartoe de WMK de werkgever verplicht) en het beperkte gebruik van het recht op herkeuring.

Effect 6: Weet de keurling wat zijn rechten zijn en kan hij ze effectueren?
Het zijn vooral de keurende artsen die keurlingen inlichten over het hoe en waarom van de keuring.
De keurling dient door de werkgever van te voren op de hoogte te worden gebracht van het hoe en waarom van de aanstellingskeuring. Volgens het Breed Platform gebeurt dit bij voorkeur voorafgaande aan de sollicitatie tijdens de wervingsprocedure. Dat voor een functie een keuring vereist is kan bijvoorbeeld in de personeelsadvertentie worden vermeld.
In het overgrote deel van de gevallen neemt echter de bedrijfsarts de introductie voor zijn/haar rekening. Door slechts een handvol bedrijfsartsen wordt er niemand genoemd die de keurling vooraf informeert. Sollicitanten die medisch gekeurd worden kunnen in het algemeen in beroep gaan bij klachten over de aanstellingskeuring (inhoud dan wel uitslag). Van de keurende artsen geeft 86% aan dat de arbodienst waarvoor zij werken een klachtenprocedure heeft.
Of de groep sollicitanten die niet gekeurd wordt, geïnformeerd wordt over hun rechten ten aanzien van de sollicitatieprocedure, en dat is naar schatting zo'n 93% van de sollicitanten, is niet bekend. Het werkgeversonderzoek laat zien dat slechts 13% van de bedrijven een meldpunt voor klachten heeft.

Effect 7: Wordt het recht op herkeuring (mis-)gebruikt?
In onderhavig onderzoek zijn geen aanwijzingen gevonden dat er een toename is in het aantal herkeuringen. Tijdens de parlementaire behandeling werd hiervoor gevreesd (hoofdstuk 1, paragraaf 1.3).

√ *De norm: aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts*

Effect 8: Is de professionele zelfstandigheid van keuringsartsen verbeterd?
Aanstellingskeuringen mogen alleen uitgevoerd worden door gecertificeerde arbodiensten (art. 14 Arbowet 1998). Ten behoeve van deze certificering trad op 17 februari 1998 de Regeling certificatie arbodiensten in werking. Aan deze regeling werd op 30 juli 1999 een verwijzing toegevoegd naar de in de WMK genoemde voorschriften. Een arbodienst wordt nu ondermeer getoetst op de volgende aspecten: bespreken WMK met werkgevers, vaststellen functie-eisen, keuze voor wel of niet keuren, inhoud keuring en klachtenprocedure. De aldus uitgebreide regeling is per 1 september 1999 bindend voor alle gecertificeerde arbodiensten. De implementatie van de WMK blijkt wat dit betreft nog niet afgerond. De geldende certificeringrichtlijnen zijn nog steeds niet overal ingevoerd. Uit het bedrijfsartsenonderzoek komt naar voren dat driekwart van de artsen werkt bij arbodiensten die op de meeste punten een beleid rond de WMK hebben geformuleerd.
Dat keuringsartsen hun professionele zelfstandigheid behouden kan worden opgemaakt uit het gegeven dat meer dan de helft van de nog keurende artsen en meer

dan eenderde van de niet meer keurende artsen ooit het verzoek van een keuringvrager voor het uitvoeren van een aanstellingskeuring heeft geweigerd.

Voorlichting
Vooruitlopend op wat daarover in de beschouwing wordt genoemd is de conclusie dat risicoselectie door werkgevers door middel van selectie van sollicitanten op gezondheid nog steeds op grote schaal plaatsvindt. Een niet onbelangrijk deel van de werkgevers informeert direct of indirect naar de gezondheid van de sollicitant. Het verschil met de jaren voor de invoering van de WMK is dat het aantal medische onderzoeken door bedrijfsartsen duidelijk is verminderd. Het blijkt dat veel werkgevers zich niet bewust zijn van het bestaan van een vragenverbod (naar de gezondheid van de sollicitant). Ook de kennis over de WMK onder sollicitanten lijkt niet wijdverspreid. Bedrijfsartsen daarentegen lijken het best geïnformeerd over de WMK en hun gedrag dienovereenkomstig te hebben aangepast.

4.2.1.2 Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de sollicitant?

De normstellingen in de WMK worden nader bepaald door het juridisch kader rondom de WMK. De relevante regelgeving naast de WMK, de vragen over de afstemming met andere wetten en rechtsnormen en over handhaving van de wet zijn uitvoerig besproken (in hoofdstuk 1, paragraaf 1.3.5 en paragraaf 1.4.4). Tenslotte is beschreven wat tot dusver is geregeld rond de handhaving en rechtspositie (hoofdstuk 2). De onderzoeksvragen over effecten van de WMK en uitvoeringprocessen overlappen elkaar soms. Vandaar dat niet te voorkomen is dat enkele van de eerder behandelde onderwerpen hierna weer ter sprake komen, zij het vanuit een ander perspectief.

- **Afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk**

In het werkgevers-, bedrijfsartsenonderzoek en de interviews zijn de volgende aspecten van de afstemming aan de orde gekomen:

1. Bewaren van medische dossiers

De WBGO stelt dat de ten behoeve van een keuring verzamelde gegevens slechts zolang bewaard mogen worden als noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring. In het Protocol Aanstellingskeuringen (PAK) van de KNMG is dit uitgewerkt tot: “Nadat de totale sollicitatieprocedure is afgerond, dient het medisch dossier betreffende de aanstellingskeuring te worden vernietigd, indien niet tot aanstelling wordt overgegaan”. Mag het dossier bewaard worden als wél tot aanstelling wordt overgegaan? De WMK stelt dat ‘keuringsgegevens slechts gebruikt mogen worden voor het doel waarvoor zij zijn verkregen’ (art. 2 lid 2 WMK).
De praktijk is echter dat vrijwel alle bedrijfsartsen het keuringsdossier bewaren van hen die aangesteld worden. Zij vragen daarvoor in overgrote meerderheid (85%) nooit de toestemming van de keurling. Indien niet tot aanstelling wordt overgegaan vernietigt meer dan de helft van de artsen in alle gevallen en een derde bewaart de dossiers. Ook in het laatste geval wordt zelden toestemming van de keurling gevraagd voor het bewaren. Het belang van het bewaren van medische dossiers voor ontbinding van het arbeidscontract is nog niet duidelijk.[143]

143 Zie Kelder e.a., ‘Dilemma voor de bedrijfsarts: mag de leugen lonen?’. 8 TBV, 2000.

2. Toestemming geven om aanvullende gegevens op te vragen
In enkele gevallen vragen keurende artsen bij anderen (meestal artsen) informatie op om zich een oordeel te vormen over de medische geschiktheid van keurlingen. In die gevallen gaat het meestal om een huisarts of specialist. Ook worden derden geraadpleegd. Het zijn naast de huisarts, de collega's van de eigen dienst die relatief vaak geraadpleegd worden.

3. WMK en reïntegratiesubsidies
De vraag of de WMK heeft verhinderd dat bedrijven konden vaststellen dat iemand arbeidsgehandicapt is, wordt door ruim 2% van de bedrijven die feitelijk geworven hebben, bevestigend beantwoord. Het geen aanspraak kunnen maken op de subsidiemogelijkheden van de REA, wordt in totaal door ruim 1% van de bedrijven genoemd en door bijna 3% van de bedrijven met 100 of meer werknemers.
In onderhavig onderzoek geven slechts 9% van de keurende artsen aan dat zij altijd dan wel meestal tijdens een keuring beoordelen of een keurling in aanmerking komt voor een REA voorziening. Overigens geven geïnterviewden aan dat hun arbodiensten het niet hun taak vinden om uit te zoeken of een keurling arbeidsgehandicapt is of niet. Zij vinden dat een taak van de werkgever.
De mogelijke interferentie van de WMK met op reïntegratie van arbeidsgehandicapten gerichte stimuleringsmaatregelen in de REA beperkt zich vooral tot het Plaatsingsbudget en het Pakket op maat, omdat voor deze beide regelingen een aanvraagtermijn geldt.
Het naast elkaar bestaan van divergerende normen ten aanzien van het melden van een arbeidshandicap biedt de sollicitant met een *niet-zichtbare* handicap meerdere opties. Solliciterend op een voor hem passende functie heeft hij het recht te zwijgen over niet relevante beperkingen. Hij kan ook melden dat hij volgens de wet of een attest 'arbeidsgehandicapt' is, zodat de werkgever een Plaatsingsbudget kan aanvragen bij de uvi, arbeidsvoorziening of gemeente.[144] De sollicitant met een, in de ogen van de werkgever, zwakke gezondheid of handicap heeft deze alternatieven in veel mindere mate. Enkele deskundigen zijn van mening dat om bovengenoemde redenen de WMK na inwerkingtreding van REA aangepast had moeten worden.[145] Anderen zijn van mening dat een wettelijk discriminatieverbod naar handicap effectiever is.

4. Mededeling(-plicht) over gezondheidssituatie
In onderhavig onderzoek geeft 13% van de keurende artsen aan dat zij op verzoek van een keuringvrager een keurling hebben gekeurd die spontaan iets over de gezondheid had gemeld, zonder dat er voor de functie eisen beschreven waren. Onduidelijk is hoe hier in het algemeen mee omgegaan moet worden. Hetzelfde geldt overigens als een sollicitant meldt dat hij arbeidsgehandicapt is. De WMK stelt echter dat een arts om deze redenen niet mag keuren.

144 Zie hieromtrent ook de brochure van het Breed Platform Verzekerden & Werk, Solliciteren en gezondheid: beter zwijgen of verstandig spreken, 2000.

145 Staatssecretaris Hoogervorst liet de Kamer, desgevraagd, weten dat van een gebrekkige afstemming zijns inziens geen sprake is. Ook waren over deze kwestie geen klachten binnengekomen bij het meldpunt-WMK, dat op dat moment (februari 2000) ruim een jaar operabel is, aldus de staatssecretaris. (Vragen Rouvout en Van Gent d.d. 25.1.00; antwoord 18/2)

- **Handhaving en versterking van de rechtspositie: de adequaatheid van het instrumentarium**

De onderdelen rechtspositieversterking en handhaving worden gezamenlijk behandeld, omdat beide met elkaar in verband staan. Zoals later nog besproken wordt hangt het onderwerp ook nauw samen met zelfregulering welke nog niet van de grond is gekomen (paragraaf 4.2.3). Omdat er ook verder sinds 1998 niet veel ontwikkelingen zijn geweest beperken we ons hier veelal tot de ontwikkeling van richtlijnen rond aanstellingskeuringen die min of meer in verband zijn te brengen met doelstellingen van de WMK.

1. Zijn er richtlijnen voor de werkgever opgesteld conform de WMK?
Er zijn geen expliciete richtlijnen ontwikkeld
Wel moet worden genoemd dat de Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid (NVP) al ruim voor de inwerkingtreding van de WMK beschikte over een sollicitatiecode, waarin basisregels zijn gegeven voor de werving en selectie. De code is niet juridisch bindend. Bij de beoordeling in rechte van criteria als precontractuele goede trouw en goed-werkgeverschap spelen de hierin gegeven normstellingen wel degelijk een rol. Er is gekozen voor de promotie van één sollicitatiecode en één landelijke klachtenvoorziening. In de vernieuwde code (NVP 2000) staan verwijzingen naar de AWGB, de WMK en het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG. Code en klachtenvoorzieningen worden ook onderschreven door de Stichting van de arbeid en traden per 1 april 2000 in werking.

2. Zijn er richtlijnen voor de keurende arts opgesteld conform de WMK?
Door bedrijfsartsen zijn wel richtlijnen ontwikkeld
Bedrijfsartsen hebben verschillende richtlijnen ter beschikking voor hun handelen met betrekking tot aanstellingskeuringen. Het Protocol Aanstellingskeuringen van de KNMG en de richtlijnen aanstellingskeuringen van de beroepsvereniging NVAB dateren al van voor de inwerkingtreding van de WMK. De Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen (ARA) is in 1998 in opdracht van de Branche Organisatie Arbodiensten (BOA) ontwikkeld om binnen de diverse arbodiensten tot meer uniformiteit te komen in de werkwijze rond de aanstellingskeuringen. De richtlijn bevat een stappenplan en een overzicht van functie-eisen met de bijbehorende gezondheidscriteria en onderzoeks-methoden. De ARA is juridisch niet bindend. Andere richtlijnen die bedrijfsartsen ter beschikking hebben kunnen afkomstig zijn van de keuringvrager, of de arbodienst die zijn richtlijnen vaak heeft afgeleid van bestaande richtlijnen van de KNMG, NVAB of de ARA.

3. Vinden er activiteiten op bedrijfssectorniveau plaats?
Activiteiten op bedrijfssectorniveau vinden nauwelijks plaats
Met uitzondering van de vervoer- en bouwsector zijn geen bedrijfssectoren gesignaleerd die activiteiten ontwikkelen om op bedrijfssectorniveau functie-eisen te omschrijven, en zo vast te stellen of aanstellingskeuringen nodig zijn, en de inhoud van een keuring te bepalen.
De organisatie Bedrijfsartsen in de gezondheidszorg (BIG) screende samen met de SKB functies in de gezondheidszorg op functie-eisen. Met behulp van de ARA heeft men bepaald welke functies in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring. De inhoud van de keuring wordt vervolgens door de keurende arts zelf bepaald.

4. Worden de boven (onder 1 en 2) genoemde richtlijnen toegepast en zijn ze eenduidig?

Verbetering in doelen voor aanstellingskeuringen

Uit het onderzoek blijkt dat (verboden) doelen waarom een arts keurt zoals: 'het beoordelen van risico's van het in dienst nemen voor werkgever' en 'opname in pensioenfonds/collectieve verzekering', in 2000 nog door slechts een enkeling worden genoemd. Zo'n 20% van de bedrijfsartsen geeft aan dat de keuringsgegevens gebruikt worden als nulmeting. In de bouwsector is dat bijvoorbeeld het geval, waarbij de aanstellingskeuring inhoudelijk gelijk is aan het intredeonderzoek. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de inhoud van de aanstellingskeuring (en dus ook het intredeonderzoek) conform de WMK is.

Uit het werkgeversonderzoek ontstaat echter de indruk dat er vaker wordt gekeurd dan de WMK wil toestaan.

Functie-eisen worden niet altijd schriftelijk vastgelegd

Bij de keuze voor het al dan niet keuren voldoet de praktijk in veel gevallen niet aan de verplichting alleen dan te keuren als functie-eisen daartoe aanleiding geven. Zo zijn in bedrijven waar gekeurd wordt in meer dan eenderde van de gevallen de functie-eisen niet schriftelijk vastgelegd. Dit beeld komt overeen met dat van het bedrijfsartsenonderzoek. Zo'n tweederde van de bedrijfsartsen moet nog afspraken maken met werkgevers om functie-eisen schriftelijk vast te leggen. Bij 17% van de bedrijfsartsen blijken bij concrete aanstellingskeuringen de functie-eisen niet altijd bekend. 'Slechts' 10% van de artsen houdt voor de inhoud van de aanstellingskeuring amper met functie-eisen rekening, een praktijk die duidelijk afwijkt van de WMK. In 1987 was dit echter nog 32% (Lourijsen e.a., 1993).

Arbodiensten zijn nog bezig om in overleg met werkgevers functie-eisen in kaart te brengen. Grote werkgevers zijn hier verder mee dan kleine werkgevers. Bij kleine werkgevers vindt vaak per vacature mondelinge overdracht plaats. Per arbodienst zijn er verschillen in de mate waarin men gevorderd is met het opvragen bij werkgevers van functie-eisen op schrift voor alle functies waarvoor gekeurd wordt. Eenderde van de diensten moet de WMK nog met de werkgevers bespreken.

Keurende artsen vinden richtlijnen vaak niet helder

Richtlijnen voor aanstellingskeuringen die artsen ter beschikking hebben, kunnen ondermeer afkomstig zijn van de keuringvrager, arbodienst, NVAB, de KNMG, BOA/SKB. Artsen die de bestaande richtlijnen voor hun handelen onvoldoende vinden, signaleren vaker misverstanden in de omgang met werkgevers en de eigen arbodienst.

Een kwart van de bedrijfsartsen beoordeelt de huidige richtlijnen als 'onvoldoende', als het gaat om de beoordeling van keuringsresultaten

Meer dan driekwart van de bedrijfsartsen volgt een standaardwerkwijze bij de beslissing al dan niet een aanstellingskeuring uit te voeren. Meestal gaat het om binnen de arbodienst beschikbare richtlijnen. Bij de beoordeling van de resultaten van de keuring ontbreken dergelijke standaarden relatief vaak (25%).

De ARA (Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen)

De geïnterviewden geven aan dat de ARA een nuttig instrument is waar goed mee te werken valt. Toch signaleren ze enkele knelpunten.

- De ARA keuringsrichtlijn is gericht op gezonde mensen, maar een niet onaanzienlijk deel van de werkenden heeft gezondheidsklachten. Deze mensen zullen categorie 4 functie-eisen mogelijk als te zwaar ervaren.

- Categorie 4, zware belasting, is volgens respondenten ook vaak reden voor keuren, maar niet volgens de ARA.
- Psychische piekbelasting kan wel worden aangegeven op het functie-eisen formulier, maar er zijn geen medische onderzoeksmethoden voor de bedrijfsarts voor handen.
- Functie-eisen zijn soms niet te plaatsen en niet vertaalbaar. Wat is bijvoorbeeld zeer vaak of langdurig als het om verrichtingen gaat.

Artsen en de NVAB pleiten voor een evaluatie, bijstelling en verdere uitwerking van de ARA.

Onduidelijkheid over gezondheidsverklaring: wel of geen medische keuring
Uit dit en ander onderzoek (Deursen e.a., 2000) komt naar voren dat tijdens sollicitaties in alle onderzochte bedrijfssectoren, gezondheidsverklaringen ter sprake komen. Juridisch kan men onder een gezondheidsverklaring alleen maar een verklaring verstaan die door een arts is ondertekend. In het onderhavige onderzoek werd duidelijk dat een gezondheidsverklaring van belang kan zijn voor een werkgever, maar dat deze niet altijd op de juiste manier wordt verkregen.
In de gezondheidszorg wordt bij aanstelling regelmatig naar een gezondheidsverklaring gevraagd (via GGD of arbodienst) in het kader van een infectiepreventieprogramma. Hoewel bij aanstelling gevraagd, wordt deze verklaring niet aangemerkt als een (onderdeel van een) medische keuring. In de vlees- en vleesverwerkende industrie vragen werkgevers van nieuw aan te nemen (tijdelijk) personeel die in contact komen met vlees- of vleesproducten, een gezondheidsverklaring. De EU regelgeving en de Nederlandse Warenwet en veterinaire regelgeving stellen eisen aan deze werknemers. Zij mogen niet lijden aan besmettelijke ziekten. Deze verklaringen worden in de praktijk niet afgegeven door de arbodienst, maar door de huisarts of GGD-arts. De ARA geeft aan dat besmettelijke ziekten in dit geval een gezondheidsrisico en een veiligheids-risico zijn en dat derhalve een aanstellingskeuring plaats mag vinden, mits in medische termen te vertalen. Om concurrentievervalsing tegen te gaan (beperkte medische onderzoeken kosten geld) zou bijvoorbeeld in de vlees- en vleesverwerkende industrie de afspraak gemaakt moeten worden dat alle werkgevers dergelijke verklaringen op laten maken door de arbodienst.
In de vervoersector zijn er voor het personenvervoer wettelijke regelingen die aangeven dat een chauffeur een geldige gezondheidsverklaring moet hebben die maximaal 5 jaar geldig is. In CAO's van beroepsgoederenvervoer is dit ook vastgesteld. Als een chauffeur van werkgever verandert, vraagt de nieuwe werkgever in de regel naar zijn gezondheidsverklaring. Dit zou volgens de WMK niet mogen plaatsvinden zonder tussenkomst van de bedrijfsarts.

5. Voeren bedrijven overleg met werknemers en arbodiensten over de WMK?
Bij sommige bedrijven vindt overleg plaats
Bij middelgrote en vooral grote bedrijven waar aanstellingskeuringen aan de orde zijn, wordt er in de helft van de gevallen overlegd met de werknemers of arbodienst. Er is overigens slechts in 6% van de bedrijven overlegd met de werknemers en in 8% van de bedrijven overlegd met de arbodienst. Het bedrijfsartsenonderzoek geeft aan dat arbodiensten de intentie hebben om alle werkgevers te informeren over de WMK. Als er echter geen functies zijn die in aanmerking komen voor een aanstellingskeuring, zal in die gevallen overleg niet altijd nodig zijn.

6. Hebben werkgevers en arbodienst een meldpunt voor klachten over sollicitatieprocedures respectievelijk aanstellingskeuringen?

Klachtenmeldpunten zijn lang niet altijd aanwezig

In een aantal bedrijven is er een meldpunt voor klachten over een sollicitatieprocedure. Een meldpunt waar een sollicitant een klacht over de sollicitatieprocedure kan indienen, heeft bijna 13% van de bedrijven. In bedrijven met meer dan 100 werknemers is dit in één van de drie bedrijven het geval. De aanwezigheid van een meldpunt hangt ook samen met de sector: relatief weinig bij landbouw en handel/horeca en veel bij zakelijke dienstverlening en quartaire sector.
Vier van de vijf bedrijfsartsen werken bij een arbodienst die een klachtenprocedure heeft rond aanstellingskeuringen.
Bijna alle diensten bieden de mogelijkheid voor een herkeuring; slechts 3% van de artsen die iemand afkeurden, verrichtten tegen de regels in zelf de herkeuring.

7. Hebben sollicitanten/keurlingen klachten over de sollicitatieprocedure/ aanstellingskeuring?

Er zijn klachten van sollicitanten

De belangrijkste bron voor informatie over ervaringen van sollicitanten met keuringen is de Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen van het Breed Platform Verzekerden & Werk. Hoewel het aantal klachten over aanstellingskeuringen in 1999 lijkt toegenomen te zijn ten opzichte van 1998, was het totaal aantal nog geen honderd. Omdat uitgesloten mag worden geacht dat alle ontevreden sollicitanten de weg naar de telefonische Helpdesk vinden, kan op basis van deze gegevens geen uitspraak worden gedaan over de mate van het vóórkomen van onjuiste sollicitatieprocedures.
Op basis van bij haar ingediende klachten constateert het BPV&W dat mensen nog steeds worden geconfronteerd met aanstellingskeuringen en gezondheidsvragenlijsten bij functies waaraan geen bijzondere eisen zijn verbonden[146]. Ook worden mensen geconfronteerd met gezondheidsvragen tijdens het sollicitatiegesprek of met gezondheidsvragen op een sollicitatieformulier. Het BPV&W concludeert daaruit dat de WMK in de praktijk nog onvoldoende werkt. Relatief weinig mensen met klachten over het verkrijgen van werk zouden stappen hebben ondernomen.

Discriminatie naar sekse of etniciteit

Tijdens de interviews en de gesprekken met deskundigen over de doelstelling en de effecten van de WMK in de praktijk is niets gebleken van discriminatie door werkgevers naar sekse of etniciteit waar het chronisch zieke sollicitanten betreft. Ook in de door de onderzoekers geraadpleegde literatuur worden hier geen feiten over genoemd.

4.2.1.3 Overzicht normstellingen en onderzoeksvragen

De normstellingen in de WMK en de onderzoeksvragen waarop in deze paragraaf een beknopt antwoord is gegeven, staan samengevat in schema 4.2.

[146] Helderheid Gewenst!- rapportage 2000, BPV&W, Amsterdam, 2001.

Schema 4.2 Centrale onderzoeksvragen, normstellingen en onderzoeksvragen bij aanstellingskeuringen

Centrale onderzoeksvragen	Aanstellingskeuringen Normstellingen en onderzoeksvragen
Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten? Welke effecten worden beoogd? Welke (mogelijke) neveneffecten zijn door de diverse partijen benoemd. Wat zijn in de praktijk de effecten? Welke neveneffecten doen zich in de praktijk voor (benoemde en onbenoemde)?	➢ *De norm: inperking van de bevoegdheid tot aanstellingskeuringen* 1. Daalt het aantal aanstellingskeuringen? 2. Blijven in sollicitatiegesprekken vragen naar gezondheid uit? 3. Ontstaan er andere vormen van risicomijdend gedrag? 4. Doen zich overige benoemde (neven)effecten voor? ➢ *De norm: beperking ten aanzien van de inhoud van keuringen* 5. Worden er geen vragen gesteld of onderzoeken verricht naar zaken die een onevenredige inbreuk maken in de persoonlijke levenssfeer? ➢ *De norm: versterking van de rechten van de keurling* 6. Weet de keurling wat zijn rechten zijn en kan hij/zij ze effectueren? 7. Wordt het recht op herkeuring (mis-)bruikt? ➢ *De norm: aanvullende normstelling voor keuringvrager en keurend arts* 8. Verbeterd de professionele zelfstandigheid van keuringsartsen?
Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving en versterking van de rechtspositie van de sollicitant geregeld en hoe pakt dit in de praktijk uit? Hoe is de afstemming met andere wetten en andere rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de recente sociale-verzekeringsregelingen zoals TBA, WULBZ, PEMBA en REA? Wat voor consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk?	*Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen geregeld en in de praktijk*: Bewaren keurende artsen de medische dossiers die aangelegd worden ten behoeve van een aanstellingskeuring? Vragen keurende artsen toestemming aan de keurling om aanvullende gegevens op te mogen vragen? Verhindert de WMK het vaststellen door de werkgever of een sollicitant arbeidsgehandicapt is, z odat werkgevers subsidiemogelijkheden van de REA mislopen? Melden sollicitanten spontaan iets over hun gezondheid (mededelingsplicht)?
Op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet? Op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats? Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechts-positie van de sollicitant of behoeft deze verbetering?	*Met betrekking tot handhaving en verbetering rechtspositie in de praktijk:* Zijn er voor werkgevers richtlijnen voor sollicitatieprocedures opgesteld die conform de WMK zijn? Zijn er voor keurende artsen richtlijnen voor aanstellingskeuringen opgesteld die conform de WMK zijn? Vinden er op bedrijfssectorniveau activiteiten plaats waarbij nadere invulling wordt gegeven aan de WMK? Worden de richtlijnen genoemd bij de vragen 1 en 2 toegepast en zijn ze eenduidig? Vindt er overleg plaats met werknemers en arbodiensten aangaande de WMK? Hebben werkgevers en arbodiensten een meldpunt voor klachten over een sollicitatieprocedure, respectievelijk een aanstellingskeuring? Hebben sollicitanten/keurlingen klachten over de sollicitatieprocedure/ aanstellingskeuring?

4.2.2 Evaluatie onderzoek Wet op de medische keuringen: verzekeringen

Doelen van de WMK - in de context van verzekeringskeuringen - zijn onder meer

- de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de lichamelijke integriteit van verzekeringskeurlingen;
- de bescherming dan wel de versterking van de rechtspositie van de aspirant-verzekerde en;
- de vermindering van de selectie op gezondheid.

Hiertoe zijn in de WMK normstellingen geformuleerd en zijn verwachtingen uitgesproken over de effecten die deze in de toepassing kunnen hebben. De normstellingen en de daaruit afgeleide onderzoeksvragen zijn kort weergegeven in schema 4.3 aan het eind van deze paragraaf.

4.2.2.1 Centrale onderzoeksvraag 1: Hoe is het gesteld met de doelstellingen van de WMK?

1. Naleving en effecten van de normstellingen op aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringskeuringen

√ *De norm: Het verbod op toelatingskeuringen voor aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekeringen.*

Effect 1.1: Zijn toelatingskeuringen voor dit type verzekeringen uitgebleven?
De geïnterviewde verzekeraars geven aan het verbod op toelatingskeuringen te respecteren en derhalve niet langer inlichtingen in te winnen - door een vragenformulier toe te sturen of een medische onderzoek te verlangen - op een moment dat een werknemer zich bij hen aanmeldt - of door de werkgever wordt aangemeld - voor een aan de arbeidsverhouding gerelateerde gezondheids-verzekering. Dat neemt niet weg dat in de drie jaar dat de wet nu van kracht is geweest wel degelijk toelatingskeuringen zijn verricht. Deze zijn het gevolg van een drietal hier-onder te noemen ‘mazen’ in het keuringsverbod, waar met name verzekeraars gebruik van hebben gemaakt.
Pensioenfondsen hebben in veel mindere mate een praktijk van toelatingskeuringen. De WMK heeft voor hen, zo werd door de pensioenfondsen aangegeven, geen of weinig betekenis gehad. Wel bleek zowel uit de eerste telefoonronde als de nadien uitgezette schriftelijke enquête onder bedrijfstakpensioenfondsen, dat een aantal van hen wel degelijk in de zin van de wet keurt. Of hier sprake is van een schending van het keuringsverbod of van het - eveneens creatief - gebruik van één van de hieronder te noemen 'mazen', onttrekt zich aan onze waarneming[147].

Deze ‘mazen' in het keuringsverbod hebben betrekking op:
a. de problematiek van het overgangsrecht (de zgn. lopende contracten);
b. een creatieve uitleg van het begrip 'aan de arbeidsverhouding verbonden' (art. 4 lid 4);
c. een creatieve uitleg van het begrip 'wijziging wensen' (art. 4 lid 3, tweede volzin).

Ad a. Lopende contracten
Ten tijde van de uitvoering van het onderzoek vonden toelatingskeuringen voor lopende contracten nog volop plaats. Verzekeraars achten deze legitiem en wisten zich hierin gesteund door de, mede door henzelf uitgelokte, uitspraak van de Rechtbank Rotterdam van 11 november 1999. Met het - eveneens mede door verzekeraars geïnitieerde - eindoordeel van de Hoge Raad van 5 januari 2001 is nu echter definitief vastgesteld dat dit niet juist is geweest. De veronderstelling lijkt gewettigd dat het keuren vanwege het toetreden tot een lopende-contractwerkgever nu wel tot het verleden zal behoren.
Dit laatste kan niet met evenveel stelligheid worden aangenomen ten aanzien van de twee andere 'mazen' in het keuringverbod, het (al dan niet) vermeende individuele contract en het (al dan niet) vermeende terugkomen op een keuze door de werknemer.

147 Ten tijde van het schrijven van dit rapport bleek er nog een vierde maas in de wet. Artikel 4 verbiedt toelatingskeuringen voor aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De aanvullende overlijdensverzekering, bijvoorbeeld ter dichting van de diverse ANW-hiaten, wordt niet genoemd. Dit tot ongenoegen van de Ombudsman Verzekeringen die constateert dat een pensioenfonds van deze maas gebruikmaakt.

Ad b. Het - al dan niet vermeende - 'individuele contract'
Tot voor kort stelden verzekeraars zich - de ondubbelzinnige beschouwingen van de wetgever over dit onderwerp ten spijt - op het standpunt dat een werknemer die bij hen een verzekering met een gezondheidscomponent wil afsluiten zich hiervoor dient te laten keuren (in de zin van de wet). Er werd niet nagevraagd of de voorziening mogelijk door de werkgever gefaciliteerd werd: de aanvraag werd - en dit mede op basis van de WMK-handleiding van het Verbond van Verzekeraars - behandeld als individueel *en derhalve* niet als arbeid-gerelateerd. Deze praktijk is door de Raad van Toezicht Verzekeringen veroordeeld, waarna de instructienorm van het Verbond is aangepast. Beide, zowel de eerste als de later afgegeven 'instructienorm', zijn tijdens de EBR-sessie door een woordvoerder van het Verbond bevestigd.[148]
Echter, een waterdichte garantie dat bij dergelijke - individuele, maar wel door de werkgever gefaciliteerde[149] - verzekeringen nooit gekeurd zal worden, is dit niet en deze valt waarschijnlijk ook niet te geven. Ten eerste kunnen er uiteraard altijd 'misverstanden' (al dan niet te goeder trouw) bestaan tussen partijen over het al dan niet particuliere karakter van de polis. Ten tweede kunnen onder omstandigheden beide partijen belang hebben bij het hooghouden van dit misverstand: de verzekeraar die graag weet wat voor vlees hij in de kuip heeft, de gezonde werknemer die dat aspect graag zichtbaar maakt om een gunstige polis af te kunnen sluiten. De praktijk dat een verzekeraar - onder het motto 'een verzekeraar mag niet vragen maar een verzekerde mag wel vertellen' - aspirant-verzekerden een premieverlaging voorhoudt indien zij bereid zijn een gezondheidsverklaring te ondertekenen, valt waarschijnlijk niet geheel en al uit te bannen. Of dit 'erg' is, of mogelijk zelfs (nu al) contra legem, is ter beoordeling van de wetgever.

Ad c. Het - al dan niet vermeende - terugkomen op een keuze
Een andere 'maas' vormt de in de wet gegeven uitzonderingsmogelijkheid voor de deelnemer die op een eerder gemaakte keuze wil terugkomen (art. 4 lid 3, 2^{e} volzin). In het onderzoek is gebleken van gevallen waarin de eerste, zij het wat late, intrede in de verzekering werd aangemerkt als een 'van keus veranderaar', terwijl hij dit feitelijk niet was. Deze praktijken zijn zowel bij verzekeraars als bij pensioenfondsen gesignaleerd. Nadere instructienormen terzake lijken dan ook wenselijk.

Effect 1.2: Is er een wijziging gekomen in het gebruik van machtigingen bij verzekeringen die onder het keuringsverbod vallen?

In de interviews met de medische adviseurs van verzekeraars zijn verschillende redenen genoemd om ook bij de zogenaamde arbeidsgerelateerde verzekeringen met machtigingen te willen werken. Ook door de geënquêteerde pensioenfondsen wordt aangegeven dat er onder omstandigheden gebruik wordt gemaakt van machtigingen. Als redenen voor de informatie-inwinning zijn onder meer genoemd: het nagaan of sprake is geweest van een in de polis voorziene uitsluiting, het opvragen van de WAO-beslissing bij de bevoegde uvi en het beter kunnen inschatten van iemands reïntegratiekansen. Met name het eerste is na de invoering van het keuringsverbod mogelijk wat vaker aan de orde, omdat deze gegevens zonder dit verbod misschien al

148 De term staat tussen aanhalingstekens om het vrijblijvende karakter van dit type normstellingen te benadrukken. Het Verbond kan immers niet méér doen dan de eigen leden adviseren, zij het dat in de praktijk deze adviezen doorgaans wel worden opgevolgd.

149 Dit laatste is aldus alle betrokkenen wel een cruciale voorwaarde. Of, zoals op de EBR-sessie werd gesteld: als een werknemer mag kiezen of hij met 'de zak geld' een verzekering koopt of 'iets anders leuks', is de verzekering particulier en daarmee niet langer beschermd door het keuringsverbod van artikel 4.

bij de verzekeraar bekend waren geweest als gevolg van een eerder verrichte keuring. Echter, dit blijft speculatief. Cijfers over de mate waarin dit gebruik zich heeft voorgedaan respectievelijk voordoet, zijn niet voorhanden en op de EBR-sessie - waar, bij elkaar opgeteld, verzekeraars en verzekeringsartsen oververtegenwoordigd waren - is verdeeld (50/50) gereageerd op de stelling dat het gebruik van machtigingen na invoering van het keuringsverbod gelijk gebleven is.
Waar een machtiging wordt gevraagd gebeurt dit doorgaans op het moment dat het risico is ingetreden, hoewel de ondervraagde adviseurs te kennen hebben gegeven het vragen van een machtiging bij voorbaat, ook voor verzekeringen waarvoor een keuringsverbod geldt, niet problematisch te achten. Zolang maar niet op het moment van toelating gebruik wordt gemaakt van de machtiging, is deze praktijk volgens hen niet discutabel.
De informatie-inwinning bij de behandelende arts geschiedt zowel bij pensioenfondsen als bij verzekeraars door een bij het fonds (dan wel de verzekeraar) werkzaam medisch adviseur. De machtiging is voorts steeds specifiek gericht op de betreffende vraagstelling. Algemeen gestelde machtigingen - waarin de adviseur wordt gemachtigd om, bijvoorbeeld gegevens in te winnen 'omtrent iemands gezondheid' - zijn wij nergens tegengekomen.

√ *De norm: het verbod op het bedingen van uitsluitingen*

Effect 1.3: Worden bij het aangaan van de verzekering niet (langer) uitsluitingen of een vermindering van rechten bedongen op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken?
Structurele uitsluitingen als bedoeld in het zesde lid van artikel 4 WMK zijn bij de verzekeringen die onder het keuringsverbod vallen niet gesignaleerd. Wel wordt geregeld gebruik gemaakt van *tijdelijke* uitsluitingen van één, twee of drie jaar. Deze komen hierna aan de orde (effect 1.4). Incidenteel kunnen structurele uitsluitingen wel eens vóórkomen, bijvoorbeeld wanneer de werknemer in de sollicitatiefase open kaart speelt (jegens zijn werkgever of jegens de door hem benaderde inkomensverzekeraar) over een bestaande beperking en de werkgever hem niettemin besluit aan te nemen. De WMK geeft de sollicitant/aspirant-werknemer immers wel het recht om te zwijgen, maar beschermt hem niet - bijvoorbeeld door dit discriminatoir te verklaren - tegen een verzekeraar die met eigener beweging gemelde beperkingen rekening wil houden. Ook is denkbaar dat een aspirant-verzekerde om een individueel (maar, opnieuw, wel arbeid-gerelateerd) contract komt en deze gegevens eigener beweging verstrekt, bijvoorbeeld om premieverlaging te krijgen. Ook in zo'n situatie is een uitsluiting als 'wisselgeld' denkbaar. Twee in deze context gemaakte opmerkingen zijn in dit verband relevant: ten eerste, dat verzekeraars contracten liever 'schoon' afsluiten, omdat uitsluitingen achteraf vaak trammelant geven; ten tweede dat aspirant-verzekerden een premieverhoging prefereren boven een uitsluiting als de *werkgever* betaalt, maar wanneer de verzekering voor eigen rekening komt liever akkoord gaan met een beperkende voorwaarde.

Effect 1.4: Wordt bij het aangaan van de verzekering gebruik gemaakt van carenztijden en/of tijdelijke uitsluitingen?
Onderzoek meteen na inwerkingtreding van de wet bracht aan het licht dat van de 25 grootste levensverzekeraars verschillende hun toevlucht hadden genomen tot de invoering van wachtjaren met al dan niet gerichte uitsluitingen (zie voor een overzicht hoofdstuk 3, schema 3.1). Het onderhavige onderzoek heeft aan het licht gebracht dat een aantal van hen hierop, geheel of ten dele, is teruggekomen, terwijl sommige

respondenten hebben aangegeven een verklaarde tegenstander van dit instrument te zijn. Echter, de meningen over dit onderwerp zijn ook onder verzekeraars verdeeld. Bij één van de benaderde maatschappijen is de wachttijd geheel en al afgeschaft en wordt in werkgeverscontracten alleen nog gewerkt met brandende-huisuitsluitingen naar het voorbeeld van de sociale werknemersverzekeringen (ZW/WAO). Sommige andere zien het (al dan niet gebruiken) van carenztijden als een middel om zich van de concurrent te onderscheiden, net als bijvoorbeeld een scherpe of minder scherpe prijsstelling.
De in het onderzoek vastgestelde bijstelling lijkt vooral te zijn ingegeven door de eerste ervaringen met de uitvalcijfers en niet door, bijvoorbeeld, een 'tot inkeer komen van de branche'. Het is dan ook niet ondenkbaar dat latere ontwikkelingen terzake het nu waargenomen beleid weer een andere kant op zullen sturen. Heel veel meer dan een momentopname is de bovengenoemde vaststelling derhalve niet.

Effect 1.5: Zijn de overige benoemde neveneffecten opgetreden?
De verzekeringen worden duurder
Uit het onderzoek is gebleken dat het merendeel van de verzekeraars na 1 januari 1998 een premieverhoging heeft toegepast. Als maximum haalbare verhoging is in dit verband een percentage genoemd van tien, eventueel te vermeerderen met zogenaamde indirecte prijsverhogingen, zoals de individualisering van collectieve contracten of een fictieve leeftijdsverhoging. Anderzijds is gewaarschuwd voor het leggen van al te lineaire verbanden. Premieverhogingen kunnen, met name bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, ook zijn toe te schrijven aan geheel andere factoren, zoals sociaal-economische of fiscale tendensen of de ontwikkeling van het ziekteverzuim c.q. het arbeidsongeschiktheidsvolume.

Het aanbod aan verzekeringsproducten verschraalt; er worden producten uit de markt gehaald
In het onderzoek is niet gebleken van verzekeringsproducten die na inwerkingtreding van de WMK niet langer meer worden aangeboden. Wel blijkt er een nieuw onderscheid gekomen tussen verzekeringsproducten die nog steeds en die welke niet meer onder het keuringsverbod vallen.

Het te verzekeren inkomen wordt gemaximeerd
De maximering van de te verzekeren uitkeringen wordt alom genoemd als een logisch uitvloeisel van het keuringverbod. Zogenaamde topverzekeringen op inkomen komen ook na de WMK nog wel voor, maar uitsluitend op individuele basis: deel van een collectief werkgeverscontract kunnen zij niet langer uitmaken. Bovendien biedt nog maar een beperkt aantal verzekeraars dit type verzekering aan. Het product is daardoor duurder en minder toegankelijk geworden.

Aspirant-verzekerden die ondanks het keuringsverbod moeten worden gekeurd zien af van verzekering
Uit het onderzoek is niet gebleken van aspirant-verzekerden die ondanks het keuringsverbod gekeurd moesten worden en zich vervolgens om die reden terugtrekken. Dat wil niet zeggen dat dit niet kan gebeuren. Zoals wij hiervoor aangaven (de vermeend individuele contracten, effect 1.1) wordt met name bij individuele, aan arbeid gerelateerde contracten nog altijd gekeurd en het feit dat een werknemer, op zoek naar een voor hem meest gunstige dekking, zo'n verzekeraar treft en vervolgens elders gaat 'winkelen', is niet ondenkbaar.

2. Naleving en effecten van de normstellingen op verzekeringskeuren.
De hierna genoemde normen hebben betrekking op particuliere verzekeringen.

√ *De norm: doelgerichtheid, er worden geen overbodige vragen gesteld.*

Effect 2.1: Is de doelbindingsnorm van artikel 2 WMK doorgedrongen in de wijze van vragenstellen?
De norm van artikel 2 heeft in de context van verzekeringskeuringen nog maar weinig uitgericht. In het onderzoek is een veelheid aan medische vragenformulieren aangetroffen, variërend van zeer beknopt tot uiterst omvangrijk. Het 'opschonen' van deze formulieren, zoals gesuggereerd tijdens de EBR-sessie, lijkt in dit verband geen overbodige luxe.

Effect 2.2: Is de mate waarin gebruik wordt gemaakt van machtigingen ter inwinning van medische informatie voldoende prudent, derhalve niet onnodig?
Alle benaderde verzekeringsartsen noemen het vooraf vragen van machtigingen om over een aspirant-verzekerde medische informatie in te winnen, een praktijk waar niets mis mee is en die ook geregeld voorkomt. Deze praktijk staat naar het oordeel van de onderzoekers op gespannen voet met de WMK. Verzekeraars zouden de daarmee te verkrijgen gegevens nodig hebben om tot de juist toegesneden polis te komen, zonodig voorzien van uitsluitingen, of met een scherpe of juist hoge prijsstelling. Op het door de onderzoekers uitgesproken vermoeden dat er misschien meer informatie wordt gevraagd dan strikt nodig is, volgt steevast het 'tijd-is-geld'-argument: de informatie-inwinning kan onder omstandigheden nodig zijn; voor de beslissing om daartoe over te gaan geldt hetzelfde als voor het gelasten van een medisch onderzoek: vanuit een budgettair oogpunt wordt dit zo beperkt mogelijk gehouden. De machtigingen die wij zijn tegengekomen waren steeds casusgericht geformuleerd, dat wil zeggen toegesneden op het onderdeel waaromtrent informatie zou worden ingewonnen. Een effect van de WMK is dit overigens niet; de wet heeft in dit opzicht geen relevante wijzigingen teweeggebracht.
Echter hoe 'prudent' het gebruik in deze is, dat wil zeggen of niet lichtvaardig wordt gevraagd om en vervolgens gebruik gemaakt van machtigingen, valt niet met zekerheid vast te stellen. De benadrukking door verzekeringsartsen dat het om een 'vrijwillige informatieafdracht' gaat wettigt de veronderstelling dat de opvatting dat de partijverhouding in deze situaties niet gelijkwaardig is bij deze beroepsgroep niet echt leeft, evenmin als het daarmee samenhangende problematische van een zonder zwaarwegende reden opvragen van iemands medische gegevens. De enige 'waarborg', als men dit zo kan noemen zit in de economische kant van de zaak: medische onderzoeken en ook het navragen van medische gegevens kosten tijd en dus geld en dat deze beide beslist wel prudent besteed moeten worden is voor deze beroepsgroep een uitgemaakte zaak.

√ *De norm: proportionaliteit, de regelstelling van artikel 3 juncto 5 en 6 WMK.*

Effect 2.3: Heeft de proportionaliteitsnorm effect gesorteerd in het keuringsbeleid van verzekeraars en verzekeringsartsen?
De heersende opvatting onder alle benaderde respondenten is dat met een correcte naleving van HIV-code en moratorium geheel en al aan de proportionaliteitsnorm van artikel 3 WMK is voldaan. Initiatieven om in de context van deze wetsbepaling verder te kijken dan deze twee regelingen zijn wij niet tegengekomen. Voor zover met de wet beoogd is dat verzekeraars zich aan méér regels gaan houden dan de normstelling van

de artikelen 5 en 6 WMK - of, misschien correcter, de eigen brancheregels ten aanzien van HIV/AIDS en erfelijkheid - blijkt deze norm niet gehaald. Voor de beide deelonderwerpen geldt het volgende:

Artikel 5 WMK: erfelijkheid
De norm ten aanzien van erfelijkheid is om meer dan één reden problematisch.
Het eerste probleem zit in de inhoudelijk onbepaaldheid hiervan: het gaat hier, anders dan bij artikel 6 WMK, niet om één, helder af te bakenen aandoening, maar om een reeks aan mogelijk bestreken ziekten. De norm is bovendien een gelaagde: de vraag wat wel en wat niet gevraagd mag worden, is mede afhankelijk van de behandelbaarheid van de aandoening. Is deze onbehandelbaar dan geldt een strikt keuringverbod; is deze dat niet, dan is keuren wel toegestaan, maar het vragen naar eerder verricht erfelijkheidsonderzoek niet. Beide aspecten leveren voor de twee in deze betrokken groepen verschillende problemen op. Verzekeraars - c.q. verzekeringsartsen - hebben problemen met een juiste afstemming van het medische vragenformulier op deze norm. Als gevolg hiervan verschilt de in deze formulieren gegeven informatieverstrekking per maatschappij en is deze, ook in de meest gangbare variant, problematisch.
Voor aspirant-verzekerden is de norm vooral ingewikkeld. Een lijst van niet langer meldplichtige ziektes valt mogelijk nog wel op te stellen - hoewel ook daartegen van diverse kanten bezwaren zijn geuit - maar het *omslagpunt* van ‘in potentie aanwezig’ naar ‘manifest’ is behalve individueel ook in hoge mate subjectief.
Verzekeraars, ten slotte, achten het uit de norm voortvloeiende effect dat bij de aspirant-verzekerde zelf wel bekende data niet gemeld hoeven te worden, bezwaarlijk. Een dergelijk '(ver)zwijgrecht' achten velen in strijd met de beginselen van het verzekeringsrecht, zij het dat die kwalificatie niet met zoveel woorden wordt gebezigd.

Het laatste woord over de problematiek van verzekeren en erfelijkheid is met deze wet bepaald nog niet gesproken. In zoverre lijkt de in deze gegeven normstelling eerder een tussen- dan een eindstation en dan bovendien één waarvan de structuur nog altijd (dat wil zeggen in weerwil van acht jaar moratorium en drie jaar WMK) omstreden is.

Artikel 6 WMK: HIV/AIDS
In contrast met deze vaststelling is de norm ten aanzien van HIV/AIDS wel duidelijk en wordt deze alom als uitvoerbaar bestempeld. Het merendeel (24 van de dertig maatschappijen die het inlichtingenformulier hebben opgestuurd) heeft de code opgenomen in de gezondheidsverklaring. Onder de vragengrens wordt op HIV/AIDS getest als het antwoord op de in deze code gestelde vragen daar aanleiding toe geeft; daarboven komt dit vaker voor.

Conclusie ten aanzien van de proportionaliteitsnorm
De conclusie ten aanzien van deze norm luidt derhalve dat:
1) de naleving van artikel 3 zich vooralsnog beperkt tot een incorporatie in het beleid van de gestelde normen voor HIV/AIDS (art. 6 WMK) en erfelijkheid (art. 5 WMK) en
2) de naleving van het eerste weinig, en van het tweede veel problemen laat zien.

Hieraan kan tevens de conclusie verbonden worden, dat er met name aan het onderdeel 'erfelijkheid' vele aspecten verbonden zijn, die zich lenen voor nadere regelstelling door 'de' zelfregulering.

Effect 2.4: Is als gevolg van de nieuwe vraagbeperkingen de zelfselectie door aspirant-verzekerden toegenomen?

Zelfselectie en verzwijging zijn onderwerpen waarover veel wordt beweerd, maar waarover maar weinig concreet bekend is. Ook onze gesprekspartners hebben ons ten aanzien van deze onderwerpen niet verder kunnen helpen. Verzekeraars zijn geneigd zelfselectie en verzwijging ernstiger in te schatten dan organisaties van verzekerden, maar harde cijfers kunnen geen van beiden leveren. Ook het Centrum voor Verzekeringsstatistiek heeft ons in deze niet van dienst kunnen zijn.

Mogelijk biedt het door de verzekeraars uit te voeren onderzoek naar verzwijging in het kader van Convenant Fraudebestrijding hierover te zijner tijd meer duidelijkheid.

Zelfselectie is een zo mogelijk nog moeilijker in te schatten probleem. Daar gaat het immers niet zozeer om het welbewust achterhouden van gegevens die men rechtens had moeten melden, maar om het zich in de beslissing tot verzekeren mede laten leiden door een voorwetenschap van iets dat in het licht van het 'zwijgrecht' in de WMK misschien niet eens gezegd hóeft te worden. Te meten valt dit effect dan ook niet of nauwelijks, althans niet in dit stadium. Wellicht zijn op de langere termijn uitspraken mogelijk over de mate waarin dit zich onder de invloed van de WMK-normstelling is gaan voordoen. (Bijvoorbeeld door het aantal gezondheidsverzekeringen met een korte-termijnuitval van 1995 te vergelijken met dat uit 2010. Echter, ook dan is voorzichtigheid bij het trekken van al te lineaire conclusies geboden.)

4.2.2.2 Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van aspirant-verzekerden geregeld en hoe pakken deze in de praktijk uit?

De in bovenstaande paragraaf genoemde normstellingen worden nader bepaald en gekleurd door het juridisch kader rondom de WMK. Daarbij gaat het niet steeds uitsluitend om concrete regelgeving, maar ook om rechtsnormen die aanpalende rechtsgebieden beheersen. Voor een beschrijving van de relevante regelgeving naast de WMK verwijzen wij naar paragraaf 1.3.5 van het onderhavige rapport.

- **Afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk**

Privacy versus mededeling

De WMK is vanwege de opzet en de aan de wet ten grondslag gelegen doelen wel bestempeld als 'privacywet' (Hendriks, 2000). Tegenover het verbod voor verzekeraars om bepaalde onderzoeken te verrichten en bepaalde vragen te stellen staat een (beperkt) recht van de aspirant-verzekerde zaken die bij hem bekend zijn, voor zich te houden. Het risico dat daardoor mogelijk zelfselectie zal optreden - doordat mensen verzekeringen afsluiten vanwege het feit dat zij een verhoogd risico vormen en dit niet behoeven te melden - is hierbij voor lief genomen. De in de wet gestelde vragengrens fungeert als een natuurlijke bewaking dat de aldus georganiseerde risicosolidariteit niet uit de hand loopt in de zin dat deze resulteert in een *teveel* aan calculerend gedrag. Immers, daarboven is het recht om te zwijgen niet langer aanwezig. In de woorden van Salomons heeft de politiek aldus aangegeven, dat vanuit een maatschappelijk perspectief de reguliere premiedifferentiatie voor bepaalde risico's dient te worden losgelaten.

Echter, verzekeraars blijken met dit aspect van de regeling grote moeite te hebben. In diverse gesprekken is het problematische van de hiermee (vermeend) samenhangende 'antiselectie' aan de orde gesteld en ook de voor dit onderzoek geraadpleegde verzekeringsrechtswetenschapper benadrukt de onwenselijkheid van een wet die het de aspirant-verzekerde in beginsel toestaat verzekeringstechnisch

relevante zaken voor zich te houden. Ten slotte getuigt ook de aan dit onderzoek ten grondslag gelegde vraag over 'de mate van zelfselectie' van een zekere politieke zorg over de omvang en een mogelijk uit de hand lopen van dit in beginsel beoogde, of althans op de koop toegenomen effect.
Uit het onderzoek is bovendien naar voren gekomen dat ook aspirant-verzekerden soms moeite hebben met het verzwijgen van zaken waarnaar met zoveel woorden wordt gevraagd en waarvan men weet dat deze verzekeringstechnisch relevant zijn. Tegenover de voor dit onderzoek geraadpleegde consumentenorganisatie is wel gerept van 'gewetensnood' wanneer men, bijvoorbeeld, de doodsoorzaak van een ouder niet vermeldt of aangeeft deze niet te kennen, terwijl dit bepaald anders is. En dat op een formulier waarin met enige nadruk wordt gewaarschuwd voor de gevolgen van een niet juist of volledig invullen van de gezondheidsverklaring.[150] Het over deze kwestie verstrekte advies vanuit het Bureau Ombudsman (om zogenaamde 'verboden vragen' - of, anders gezegd, vragen die het geven van gegevens die men niet hoeft te melden lijken uit te lokken - onbeantwoord te laten) mag als oplossing pragmatisch lijken, op de lange duur kan dit toch niet echt bevredigen.
Dat hier zowel juridisch-technisch als in de beleving van alle betrokkenen iets wringt, mag derhalve duidelijk zijn. Te verwachten valt dat dit 'wringende' met het voortschrijdend medisch inzicht in erfelijke bepaaldheid - en daarmee misschien ook de wens om deze met de WMK georganiseerde risicosolidariteit uit te breiden - alleen maar groter zal worden.

Non-discriminatie
Verzekeraars hebben de kwestie pragmatisch opgelost en daarmee (mogelijk onbedoeld) de sleutel voor een oplossing aangedragen. Een meerderheid van de geënquêteerden verklaart gegevens die in weerwil van het recht om te zwijgen worden gegeven - bijvoorbeeld: in de familieanamnese voor een verzekering onder de vragengrens, dat één van de ouders aan myotone dystrofie is gestorven - aan te merken als verboden *en dus niet ter zake doende* informatie. Een stap verder is de vaststelling de jure dat het wél rekening houden met dergelijke informatie - bijvoorbeeld omdat de verzekeraar deze al kent of omdat een aspirant-verzekerde deze vrijwillig aandraagt - ontoelaatbaar is. Voor een dergelijk verbod op bij verzekeringen gebruikelijke differentiatie dringt de term 'discriminatie' zich als vanzelf op.
Het gaat het bestek van dit rapport te buiten om aan te geven op welke wijze (wetswijziging, zelfregulering, dan wel een nadere toelichting van de kant van de overheid) deze omslag gestalte zou moeten krijgen. Volstaan wordt met de vaststelling dat de uitvoeringspraktijk het vraag- en onderzoeksverbod in deze wet kennelijk zelf uitlegt als een verbod om met bepaalde gegevens rekening te houden en dat een codificatie van dit uitgangspunt, ook toekomstgericht, voor de hand ligt.

Andere vormen van discriminatie
Tijdens de interviews en de gesprekken met deskundigen over de doelstelling en de effecten van de WMK in de praktijk is niets gebleken van discriminatie naar etniciteit of sekse door verzekeraars. Ook wordt daar in de door de onderzoekers geraadpleegde literatuur geen feitenmateriaal voor aangedragen.

---

150 Zo staat in één zo'n toelichting: "Met een juist en volledig ingevulde gezondheidsverklaring voorkomt u dat de verzekeringsmaatschappij later de verzekering kan vernietigen of dat een verzoek tot premievrijstelling of uitkering bij arbeidsongeschiktheid kan worden geweigerd als gevolg van verzwijging". Ook in de sociale verzekeringen is algemeen aanvaard dat men eigener beweging al hetgeen voor het recht op uitkering relevant is dient te melden. Als voorbeeld hoe zwaar hier aan dit uitgangspunt wordt getild, noemen wij de met de wet Boeten/Maatregelen aangescherpte mededelingsplicht van uitkeringsgerechtigden.

'Europa'
Het onderwerp 'de WMK en Europese regelgeving' is in de aanloop tot de wet uitgebreid aan de orde geweest.[151] Van problemen terzake is in dit onderzoek niets gebleken. Wel is de mededeling van de woordvoerder van het Verbond van Verzekeraars in dit verband mogelijk een aandachtspunt, met name in het licht van de nog op te zetten zelfregulering. In de visie van deze woordvoerder verbiedt 'het mededingingsrecht' dit orgaan de eigen leden met bindende regels verplichtingen te stellen. Hieraan is door hem wel meteen toegevoegd dat een 'dringend advies' van de kant van het Verbond doorgaans afdoende is om een verzekeraar op zijn schreden te doen terugkeren.

- **Handhaving en rechtspositieversterking: de adequaatheid van het instrumentarium**

Ook bij dit onderdeel verzekeringskeuringen worden de onderdelen rechtspositie-versterking en handhaving gezamenlijk behandeld, aangezien beide met elkaar in verband staan. Een op papier 'versterkende' bepaling kan immers krachteloos zijn zonder adequate handhavinginstrumenten. Noodzakelijk is dit echter niet. Op de versterking van de rechtspositie gerichte bepalingen kunnen immers ook zonder een stringent handhavinginstrumentarium effectief zijn, namelijk wanneer de betreffende normadressaat de gegeven regels volgens de bedoeling naleeft. Hieronder wordt per onderwerp nagegaan in hoeverre hiervan, voor zover wij hebben kunnen nagaan, sprake is geweest. Enige overlap met de onderwerpen uit de eerste onderzoeksvraag is daarbij onontkoombaar.
Tegelijk hangt het onderwerp nauw samen met de - vooralsnog beoogde - zelfregulering. Nu deze op het moment van uitkomen van dit rapport nog niet goed van de grond is gekomen beperkt de beschrijving zich tot de effectiviteit van de gestelde wettelijke normen zonder de beoogde invulling vanuit het veld. Echter, de opdracht tot zelfregulering (art. 13 WMK) kan eveneens worden aangemerkt als een op rechts-positieversterking gerichte norm. Deze wordt aansluitend in paragraaf 4.2.3 beschreven.

Artikel 2: de doelgerichtheidnorm
De norm dat keuringen en daarmee ook het stellen van gezondheidsvragen worden beperkt tot het doel waarvoor deze zijn bestemd, heeft vooralsnog weinig verandering gebracht in het keuringsbeleid van verzekeraars. Verzekeringsartsen onderbouwen hun terughoudendheid bij het vragen om medische onderzoeken met een beroep op efficiëntie. In contrast hiermee zijn de meeste gezondheidsverklaringen onnodig uitgebreid. Dit tekort is als zodanig benoemd door een adviserend verzekeringsarts, die hieraan tevens een suggestie toevoegde voor 'de zelfregulering' (zie hoofdstuk 3). Pensioenfondsen zijn vanouds terughoudend met het inwinnen van medische informatie. Een praktijk van keuren en dus van het toezenden van uitgebreide vragenformulieren komt bij hen niet voor.
Klachten over te weinig doelgerichte formulieren of overbodige medische onderzoeken zijn wij niet tegengekomen, maar dit betekent uiteraard nog niet dat hierover feitelijk geen ontevredenheid bestaat. Ten eerste heeft een breed consumentenonderzoek in de context van dit evaluatieonderzoek niet plaatsgehad, ten tweede kan een eventueel stilzwijgen over dit onderwerp ook te maken hebben met het feit dat de doelgerichtheidnorm uit de wet bij nog maar weinigen bekend is.

151 Zie hierover de in hoofdstuk 1 aangehaalde Kamerstukken.

De aanname dat eenieder die met deze formulieren te maken krijgt hier volledig 'tevreden' over is, is dan ook even speculatief als de veronderstelling dat iedere informatieafdracht aan verzekeraars 'vrijwillig' tot stand komt.

Artikel 3: de proportionaliteitsnorm
Dat artikel 3 op méér ziet dan de naleving van de artikelen 5 en 6 WMK is, naar hiervoor al een aantal malen is betoogd, bij verzekeraars nog niet goed doorgedrongen. Het 'resterende deel' van artikel 3 WMK heeft de aspirant-verzekerde op dit moment nog niets concreets opgeleverd.

Artikel 4, leden 3-5: het verbod op verzekeringskeuren
Met de beperkingen die hiervoor[152] aan de orde zijn geweest, kan dit verbod worden gekenschetst als een rechtspositie-versterkend element. Het aspect handhaving heeft zijn effectiviteit in deze in zoverre bewezen dat de twee over dit onderwerp gevoerde procedures vrijwel meteen hebben geleid tot een bijstelling van het beleid door verzekeraars. In zoverre bewijst de branche zijn, zoals het Verbond van Verzekeraars dit uitdrukt, 'zelfregulerend vermogen'.

Artikel 5: het keuringsverbod op erfelijkheid
De norm op erfelijkheid is, als gezegd, om meer dan één reden problematisch. Het inhoudelijk onomstreden deel - het verbod op het verrichten van op erfelijkheid gericht onderzoek - betekent een rechtspositieversterking van aspirant-verzekerden, zij het één die met de totstandkoming van het moratorium al bereikt was. Voor het overige aarzelen wij deze bepaling als 'versterking' aan te merken. Ten eerste, vanwege de complexiteit van de norm waardoor deze inhoudelijk nauwelijks valt uit te leggen, althans niet aan degenen die het aangaat. Ten tweede omdat verzekeraars - waarschijnlijk mede vanwege hun weerstand tegen al hetgeen het moratorium overstijgt - tot op heden geen gerichte actie hebben ondernomen om zowel hun wijze van vraagstelling als hun voorlichting over het onderwerp te verbeteren. (Zie ook onder: art. 3 juncto 8).
'Op te lossen' valt dit eerste alleen met een meer exacte regelstelling - door de wetgever die de bestaande normstelling herformuleert, bijvoorbeeld meer in de richting van een verbod op discriminatie, of door 'de zelfregulering' - die de beide nu nog onverzoenlijke tegenstellingen bij elkaar weet te brengen. Daarmee zou dan eens en voor al een einde komen aan alle onduidelijkheid over de inhoud van de in beide wetsbepalingen (art. 5 juncto 3 WMK) gestelde normen. Vooralsnog roepen deze bij alle betrokkenen - keuringvrager, keuringsarts zowel als keurling - niet alleen vragen op, maar ook tegengestelde interpretaties en onvrede.

Artikel 6: het keuringsverbod op HIV/AIDS
De HIV-norm van artikel 6 is in de uitvoering doorgedrongen en heeft, in termen van informatieverstrekking (art. 8 WMK) ook een plaats gekregen in de meeste aanvraagformulieren. In zoverre betekent deze norm een versterking van zowel de positie als de rechtszekerheid van aspirant-verzekerden: men weet respectievelijk kan weten waar men met deze norm aan toe is en onder welke omstandigheden op dit onderdeel zal worden doorgevraagd. Voor de handhaving kunnen betrokkenen terecht bij de Ombudsman Verzekeringen die zonodig corrigerend op kan treden - en dit ook doet - wanneer in strijd met de gegeven regels wordt doorgevraagd of onderzoek gelast. Nu verzekeraars zich doorgaans veel gelegen laten liggen aan diens

152 Hoofdstuk 3, paragraaf 3.5

oordelen,[153] betekent deze legalisering van wat voorheen slechts een brancheafspraak was een stap vooruit voor de rechtspositie van de keurling, die bij de beantwoording van de 'gerechtvaardigde vragen' negatief scoort.

Artikel 3 en 5 juncto 8: de informatieplicht van verzekeraars
De complexiteit van de norm op erfelijkheid maakt een heldere uitleg aan de aspirant-verzekerde van wat wel en niet gevraagd mag worden, dan wel gemeld moet worden geen eenvoudige zaak. Het in deze ontwikkelde standaardformulier van het Verbond van Verzekeraars vergt daardoor enige *close reading* alvorens duidelijk is dat men, enerzijds echt alles wat relevant is zal moeten melden, anderzijds bepaalde zaken voor zich mag houden. Ook deze norm scoort derhalve - vooralsnog - in termen van zowel handhaving als rechtspositieversterking negatief. Positiever geformuleerd ligt hier een taak voor 'de zelfregulering'.
Echter, deze aanbeveling kan niet los worden gezien van die ten aanzien van artikel 5 (zie hierboven). Immers, pas als partijen er in slagen een glasheldere en voor alle partijen acceptabele of werkbare norm te formuleren, kan de hierover te verstrekken voorlichting adequaat op gang komen. Tegelijk rijst in dit verband de vraag of deze voorlichting (over welke gegevens níet gemeld behoeft te worden) moet worden gegeven in (de bijsluiter bij) de gezondheidsverklaring of in een bij het aanvraagformulier tot de verzekering uit te reiken folder. Voordeel van dit laatste is dat deze ook los van een concrete aanvrage verstrekt kan worden, door bijvoorbeeld een consumentorganisatie of een met voorlichting belaste instantie zoals de Ombudsman Verzekeringen.

Artikelen 11 en 12: het weigeren van medewerking, het recht op herkeuring
Beide op de rechtspositieversterking van keurlingen gerichte bepalingen - het recht te weigeren aan een keuring of een onderdeel daarvan mee te werken, omdat niet is voldaan aan elders in de wet gegeven voorschriften (art. 11) en het recht op herkeuring (art. 12) - hebben de verzekeringskeurling nog niets concreets opgeleverd. Initiatieven om 'iets' met de nieuwe in de wet gegeven rechten te doen, zijn wij niet tegengekomen. Anderzijds is evenmin melding gemaakt van klachten over de afwezigheid van dit type rechten binnen de context van verzekeringskeuringen, hetgeen mogelijk ook het gebrek aan motivatie verklaart om deze in de wet gegeven taakstelling op te pakken. Het Verbond van Verzekeraars is van mening dat hier een taak ligt voor het onlangs nieuw leven ingeblazen zelfreguleringoverleg.

4.2.2.3 Overzicht normstellingen en onderzoeksvragen
Tot slot zijn de normstellingen en onderzoeksvragen weer in één schema (4.3) samengevat.

153 De functie van de Ombudsman is overwegend een bemiddelende. Echter, wanneer hij meent dat de klacht zich niet voor bemiddeling leent, of dat het wenselijk is dat de Raad van Toezicht Verzekeringen zich over de klacht uitspreekt, kan hij deze ook toezenden aan deze RvT (art.9, reglement Ombudsman Verzekeringen).

Schema 4.3 Centrale onderzoeksvragen, normstellingen en onderzoeksvragen bij verzekeringskeuringen

Centrale onderzoeksvragen	Verzekeringskeuringen Normstellingen en onderzoeksvragen
Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten? Welke effecten worden(en werden) beoogd? Welke (mogelijke) neveneffecten zijn door de diverse partijen benoemd? Wat zijn in de praktijk de effecten? Welke neveneffecten doen zich in de praktijk voor (benoemde en onbenoemde)?	**1. Pensioen en andere arbeidsgerelateerde keuringen** ➢ *De norm: verbod op toelatingskeuringen bij arbeidsgerelateerde verzekeringen* 1.1 Wordt er niet langer gekeurd voor toelating tot een pensioenvoorziening of een aan de arbeidsverhouding gerelateerde verzekering? 1.2 Neemt het gebruik van machtigingen om medische informatie in te winnen toe of af als gevolg van het keuringsverbod? 1.3 Worden er geen/niet langer bedingen opgesteld tot uitsluiting of vermindering van rechten op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken? 1.4 Aangekondigd neveneffect: Verzekeraars gaan in reactie op het keuringsverbod toelatingsdrempels hanteren, zoals carenztijden en/of uitsluitingen? 1.5 Overige benoemde neveneffecten: - worden van gezondheidsverzekeringen duurder; - verschraalt het aanbod aan verzekeringsproducten; - wordt het te verzekeren inkomen gemaximeerd; - zien aspirant-verzekerden af van keuring (en dus verzekering)? **2. particuliere verzekeringskeuringen**. ➢ *De norm: doelgerichtheid; verbod op het stellen van overbodige vragen bij de toelatingskeuring tot een particuliere gezondheidsrisicoverzekering* 2.1 Vinden verzekeringskeuringen doelgericht plaats, zonder overbodige vragen of onderzoeken? 2.2 Vindt er geen overbodige medische informatieinwinning plaats? Worden machtigingen ter verkrijging van medische informatie beperkt geformuleerd en alleen gebruikt wanneer dit strikt nodig is? ➢ *De norm: proportionaliteit; de regelstelling van artikel 3 juncto artikelen 5 en 6* 2.3 Wordt de proportionaliteitsnorm van artikel 3 nageleefd? Worden HIV-code en moratorium erfelijkheid nageleefd? 2.4 Neemt de zelfselectie door aspirant-verzekerden toe of af?
Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving en versterking van de rechtspositie van de sollicitant en aspirant verzekerde geregeld en hoe pakt dit in de praktijk uit? Hoe is de afstemming met andere wetten en andere rechtsnormen, waaronder de mededelingsplicht, de precontractuele redelijkheid en billijkheid en de recente socialeverzekeringsregelingen zoals TBA, WULBZ, PEMBA en REA? Wat voor consequenties heeft de afstemming met andere wetten en rechtsnormen in de praktijk?	*Hoe is de afstemming met andere wetten en rechtsnormen geregeld en in de praktijk:* Is er afstemming met: - Europese wetgeving; - Privacy versus meldplicht; - Nondiscriminatie wetgeving? Wat is de relatie van het keuringsverbod uit de WMK met de privatiserings- en dus fragmentariseringstendens van sociale-verzekeringsarrangementen als gevolg van de wetten TBA, WULBZ, PEMBA en REA (WAO-gat, ANW-hiaat etc.)? Wat is daarbij de invloed op de arbeidsmobiliteit? Hoe verhoudt zich de norm van het niet-vertellen uit de WMK met de algemene mededelingsplicht uit het verzekeringsrecht?
Op welke wijze is de handhaving geregeld in de wet? Op welke wijze vindt de handhaving in de praktijk plaats? Is het instrumentarium adequaat voor de versterking van de rechts positie van de sollicitant of behoeft deze verbetering?	*Met betrekking tot handhaving en verbetering rechtspositie in de praktijk:* Hoe begrijpelijk zijn de gegeven rechten en plichten en hoe goed vallen zij aan degenen die hen aangaan uit te leggen? Art. 2 doelgerichtheidsnorm Art. 3. proportionaliteitsnorm Art. 4 verbod op keuringen Art. 5 keuringsverbod op erfelijkheid Art. 6 keuringsverbod op HIV Welke inspanningen getroosten de uitvoerders van de regelingen zich om de normen kenbaar te *maken*? Art. 3 informatieplicht Art. 11 & 12 weigering medewerking/herkeuring

4.2.3 Zelfregulering

4.2.3.1 Beoogd doel

Zowel in de WMK als in de parlementaire behandeling is verwezen naar onderwerpen die de bij de wet betrokken belangenorganisaties kunnen of behoren te regelen. Tevens zijn condities geformuleerd waaraan dit type (zelf)regulering dient te voldoen. Zelfregulering is in de context van de WMK níet het eenzijdig vaststellen – en daarmee opleggen - van regels door één partij. Wettelijk adequaat is de regelstelling eerst wanneer deze de vrucht is van samenwerking van allen die het onderwerp aangaat. Dit element van draagvlakvoorwaarde is temeer van belang, nu de opdracht tot zelfregulering gepaard gaat met de aanzegging dat bij uitblijven van adequate regelstelling een wettelijke maatregel (AMvB) zal volgen. Deze aanzegging wordt gedaan in het tweede lid van artikel 14 WMK.
Uit de behandeling in met name de Eerste Kamer blijkt dat de regering zwaar aan deze draagvlakvoorwaarde tilt. De politieke boodschap is duidelijk: organisaties die de wetgever op afstand willen houden, zullen behalve handelend ook *onder*handelend moeten optreden. Behalve dat hetgeen wordt geregeld inhoudelijk in orde moet zijn, dient dit ook het fiat te hebben van alle in de wet met name genoemde belangenorganisaties.
Deze bij de zelfregulering te betrekken partijen of actoren worden genoemd in artikel 9 WMK. De genoemde 'representatieve organisaties' zijn die van:

- de werkgevers
- de verzekeraars
- werknemers
- de consumenten en patiënten
- de artsen.

Een onderscheid naar aanstellings- en verzekeringskeuring wordt hierin niet gemaakt, evenmin als naar te reguleren onderwerp. Waarschijnlijk hoeven daarom niet steeds alle in artikel 9 genoemde partijen voor ieder voorliggend onderwerp geraadpleegd te worden. Wel zal elk onderdeel tot stand gebracht moeten zijn met medeweten en medewerken van degenen, althans hun organisaties, die het onderwerp aangaat.
Aan partijen komt, naast een reguleringstaak, ook een opdracht (bevoegdheid, dan wel impliciet verplichting) toe, namelijk om een klachtencommissie in te stellen en een voor dit orgaan geëigende klachtenregeling te ontwerpen. Deze bevoegdheid is gegeven in artikel 13 WMK. De opdracht tot zelfregulering kan eveneens worden aangemerkt als een op rechtspositieversterking gerichte norm.
De onderzoeksvragen die tenaanzien van zelfregulering op de werkingsgebieden van aanstellings- en verzekeringskeuringen zijn geformuleerd zijn aan het slot van deze paragraaf samengevat in schema 4.4.

4.2.3.2 Praktijk van de zelfregulering

Met de uitvoering van opdracht tot zelfregulering is in de voorbije drie jaar nauwelijks een begin gemaakt. Nu de WMK het door zijn opzet moet hebben van het adequaat oppakken van deze opdracht door het veld, heeft dit aspect mede belemmerend gewerkt op de effectiviteit van de hiervoor besproken inhoudelijke normen. In paragraaf 2.9 en paragraaf 3.5 zijn enige observaties opgetekend over de oorzaken van het tot op heden achterblijvende resultaat. Voornaamste conclusie is wel dat de als beoogde reguleringspartners opgevoerde partijen niet in sterkte gelijkwaardig zijn, waardoor het, zonder overheidsondersteunend beleid, de meest draagkrachtige partij is die de agenda voor de zelfregulering bepaalt.

Afspraken over opengelaten normen
Eén van de vragen waarop dit onderzoek antwoord wil geven is of het wettelijk instrumentarium adequaat blijkt voor de versterking van de rechtspositie van de sollicitant en aspirant verzekerde. Binnen het kader van de wettelijke regeling dienen de actoren een belangrijk deel van de regelingen zelf nader in te vullen. Artikel 9 van de WMK stelt dat representatieve organisaties van de bij de wet betrokken partijen afspraken kunnen maken over de verschillende opengelaten normen of begrippen, te weten:

- de doelomschrijving van artikel 2;
- voor welke functie-eisen aanstellingskeuringen mogen worden verricht (art. 4);
- de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikel 3, 5, 6, 7 en 8.

Deze zelfregulering wordt ‘geconditioneerde zelfregulering’ genoemd. Er zijn in dit rapport enkele ontwikkelingen genoemd die erop gericht zijn om invulling te geven aan normen en begrippen die moeten bijdragen aan de rechtsbescherming van de sollicitant en verzekerde. Zoals besproken zijn bij de ontwikkelingen rond aanstellingskeuringen echter niet alle representatieve organisaties betrokken. Gedoeld wordt op het opnemen van richtlijnen voor aanstellingskeuringen in de Regeling certificatie arbodiensten, ontwikkeling van richtlijnen voor bedrijfsartsen (de ARA), aanpassing van de sollicitatiecode voor werkgevers en overleg tussen werknemers, werkgevers en arbodiensten over het vastleggen van functie-eisen voor functies die in aanmerking komen voor aanstellingskeuringen. Deze richtlijnen opgesteld door afzonderlijke organisaties of tussen enkele partijen noemen we ook wel ‘zelfnormering‘ door organisaties.
In het deelonderzoek naar aanstellingskeuringen zijn slechts enkele initiatieven in de vorm van zelfnormering door organisaties gevonden. Ook op het terrein van verzekeringskeuringen is dit zeer beperkt.

Vragenlijsten
Voor het werkingsterrein van verzekeringskeuringen is er concreet één in deze te reguleren onderwerp genoemd namelijk de inrichting van het medische inlichtingenformulier. Volgens de Minister mogen de vragen over niet-ernstige erfelijke ziekten bij familieleden niet zodanig zijn geformuleerd, dat de verzekeraar daardoor informatie krijgt over een erfelijke aanleg voor ziekte. Dit aspect is een kwestie van zelfregulering.
Ten aanzien van de HIV-code is in de parlementaire behandeling gesproken over de hierin voorkomende vragenlijst. Deze lijst maakt géén deel uit van artikel 6 WMK. De ter regulering voorliggende kwestie is derhalve een ‘nadere’ invulling van het begrip ‘gerechtvaardigd’ uit artikel 6 WMK.
De ‘interpretatie’ van het Verbond van Verzekeraars dat de vragen uit de HIV-code al aan de normering voldoen, wordt 'strijdig met de systematiek van de wet' genoemd, omdat de code eenzijdig door het Verbond is vastgesteld en dus geen zelfregulering is. De bij het onderwerp betrokken organisaties zullen het hier derhalve alsnog over eens moeten zien te worden.

Taak van de overheid
De suggestie van het Breed Platform dat, nu drie jaar na dato op het terrein van zelfregulering nog nauwelijks voortgang is geboekt, de overheid een actievere rol dient te spelen bij het op gang brengen van dit proces komt ons niet alleen zinnig voor, maar ook alleszins redelijk en in het licht van het hiervoor overwogene een logisch uitvloeisel van de in de wet gegeven taakstelling.

Nu ook verzekeraars mede naar aanleiding van de door dit Platform aangedragen onderwerpen, hebben aangegeven te willen meewerken aan het afwerken van reguleringsagenda, lijken thans, drie jaar na dato, wat meer voorwaarden voor een geslaagde uitkomst aanwezig dan op het moment dat de eerste, nog vrij ongerichte opdracht werd geformuleerd. Deze eerste drie jaar mogen, zoals het Verbond dit noemde, als 'opstartperiode' gekwalificeerd worden, de komende drie (of vijf) jaar zullen moeten resulteren in meer concrete reguleringsproducten.
Wel is hiervoor nodig dat de overheid haar taak als co-auteur/regelgever in deze serieus neemt en niet teveel, althans niet alles, verwacht van het 'vanzelf' op gang komen en blijven van het 'geconditioneerde zelfreguleringoverleg'. Het 'geconditioneerde' van dit overleg stelt, kortom, ook condities aan een overheid, die als hoeder van het algemeen belang evenveel - zo niet meer - belang heeft bij de totstandkoming van regelgeving als degenen die zij tot samenwerkingspartners van de wetgever heeft verklaard.

AMvB voor aanstellingskeuringen
Zoals gezegd wordt op het terrein van aanstellingskeuringen geconcludeerd dat de taken ten aanzien van de zelfregulering niet naar verwachting zijn uitgevoerd en er (dan ook) geen protocollen, convenanten en andere afspraken zijn gemaakt in het kader van de zelfregulering. Wel is het zo dat op het gebied van aanstellingskeuringen een aantal initiatieven heeft geleid tot nadere afspraken. Het Protocol Aanstellingskeuringen (uit 1996) is nu door alle partijen erkend en de ARA-richtlijn is tot stand gekomen, hoewel zonder medewerking van werkgevers. Deze initiatieven worden nu op aandringen van de Kamer aangevuld met een Algemene Maatregel van Bestuur voor een klachtenregeling aanstellingskeuringen.
Reeds in 1995 en 1996 is door een werkgroep van de begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen aan een klachtenprocedure gewerkt. Dit leidde tot een voorstel om een landelijke klachtencommissie in het leven te roepen, bestaande uit deskundigen en onafhankelijke leden. Het streven om deze klachtencommissie onder te brengen in een stichting welke aangehaakt zou kunnen worden bij de SER is op niets uitgelopen omdat de werkgevers zich terugtrokken uit het overleg na invoering van de WMK.
Vervolgens heeft een werkgroep van de Stichting van de Arbeid de mogelijkheden van zelfregulering nog onderzocht met betrekking tot het tot stand komen van een klachtenregeling. De Stichting van de Arbeid heeft in juni 1999 de Staatssecretaris van Sociale Zaken en werkgelegenheid laten weten geen kans te zien om tot zelfregulering te komen. Hierop is in de Kamer aangedrongen om – conform artikel 14 van de WMK – via een Algemene Maatregel van Bestuur een klachtenregeling betreffende de aanstellingskeuringen tot stand te brengen.

Ter voorbereiding op de AMvB verscheen op verzoek van de Minister van SZW eind 2000 het Advies Klachtenregeling Aanstellingskeuringen van de Begeleidingscommissie Protocol aanstellingskeuringen (BC-PAK)
Daaruit blijkt onder meer dat de BC-PAK op de aan haar voorgelegde vraag “voor welke functies en welke omstandigheden nu wel of niet bijzondere eisen moeten worden gesteld” niet kon antwoorden. Er zijn duizenden ‘functies’ en nog veel meer ‘omstandigheden’ te benoemen die onmogelijk in een AMvB kunnen worden uitgewerkt, aldus de BC-PAK.
Ten aanzien van de opstelling van een kader waaraan de rechtmatigheid van een aanstellingskeuring kan worden getoetst schrijft de BC-PAK in haar advies dat de op te richten Klachtencommissie voor het beoordelen van de klacht of van het verzoek dat

aan hen wordt voorgelegd, gebruik kan maken van drie algemene kaders (hoofdstuk 2, paragraaf 2.9).
De BC-PAK is verder van oordeel dat de in te stellen Klachtencommissie moet starten met de mogelijkheden die op dit moment voor handen zijn, namelijk de WMK, het Protocol Aanstellingskeuringen en de ARA. Voor de beoordeling van de klachten kunnen zij waar nodig deskundig advies inwinnen.

Op basis van het onderhavige onderzoek en het advies van de BC-PAK kan geconcludeerd worden dat ondanks een AMvB de verdere ontwikkeling van de 'Klachtenregeling' nog een lange weg te gaan heeft. De gang langs de rechter zou mogelijk korter kunnen zijn.

4.2.3.3 Overzicht normstellingen en onderzoeksvragen

Tot slot van deze paragraaf zijn normstellingen en onderzoeksvragen weer in één schema 4.4 samengevat.

Schema 4.4 Onderzoeksvragen naar zelfregulering

Centrale onderzoeksvraag 3: Hoe heeft het concept van zelfregulering bijgedragen aan de realisatie van doelstelling van de wet? Op welke wijze hebben representatieve organisaties van werkgevers, verzekeraars, werknemers, consumenten en patiënten en artsen de hun opgedragen taken ten aanzien van de zelfregulering uitgevoerd en met welke resultaten? In welke mate voldoen protocollen, convenanten en andere afspraken gemaakt in het kader van de zelfregulering aan de doelstellingen van de wet?	Zijn er door partijen afspraken gemaakt over bovengenoemde zaken? Is de verstrekte opdracht tot zelfregulering opgepakt? Zo nee, wat is daarvan de oorzaak? Kan hier verbetering in worden gebracht? Zijn er afspraken over: Het doel van de keuring; Voor welke functies aanstellingskeuringen worden verricht; Over de vragen en medische onderzoeken als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8; Worden deze afspraken onderschreven door *alle* representatieve organisaties?

4.3 Beschouwing

Zoals zo vaak bij de evaluatie van wet- en regelgeving na recente invoering is ook nu weer het glas als half leeg of half vol te beschouwen. Al naar gelang wie, wanneer en met welke bril naar de effecten en uitvoeringprocessen aankijkt verschilt de mening over of er te vaak verboden vragen zijn gesteld en of er goed gekeurd wordt. Bovendien is afdoende informatie om te evalueren soms moeilijk beschikbaar te maken. Zonder volledig te zijn wordt daar in de volgende beschouwing nader op ingegaan.

4.3.1 Verschillende standpunten over de effectiviteit

Het eindoordeel van de onderzoekers over of de doelstellingen van de WMK in de praktijk zijn gerealiseerd is negatief. Op een beperkt aantal in dit evaluatieonderzoek onderscheiden praktijkcomponenten, blijkt echter de WMK toch doeltreffend en zijn de effecten positief te noemen. Ook respondenten verschillen in hun oordeel over de effecten van de wet. Zo verstaat niet elke actor hetzelfde onder succesvolle terugdringing van het aantal onnodige keuringen. De meeste bedrijfsartsen verstaan onder een aanstellingskeuring een keuring die door een arts verricht wordt. Voor hen heeft de WMK in aanzienlijke mate het beoogde effect gehad: een significante afname

van het aantal zinloze aanstellingskeuringen, het vaker functiegericht keuren en verbetering van de inhoud van de keuring. (Ook met de vertaling van functie-eisen in medische termen is men met behulp van de ARA een eind gevorderd, maar nog lang niet gereed.)
De wetgever geeft echter een duidelijke en veel bredere omschrijving van keuring. Dit betekent dat het vragen naar de gezondheidstoestand of het ziekteverleden van de sollicitant of het vragen naar een gezondheidsverklaring door een werkgever, ook een keuring is. De WMK verbiedt dit. Een belangrijk deel van de werkgevers overtreedt dit keuringsverbod en in dit opzicht is dan ook geen sprake van een succes van de WMK. Voor de wetgever blijft, ondanks de invoering van de WMK, de selectie op gezondheid bij sollicitaties dus (te) hoog. Dit geldt eveneens voor de inbreuk op de rechten van de keurling. Een deel van de andere partijen, waaronder bedrijfsartsen, chronisch zieken en hun vertegenwoordigers zijn het hiermee eens.

Bescherming versus gezondheidsbelangen
Een ander aspect dat in dit verband uit het onderzoek naar voren komt, is de beoordeling wanneer er voor een aanstelling gekeurd mag worden. De wetgever stelt dat het bij de beoordeling van de toelaatbaarheid van een aanstellingskeuring in het kader van de WMK in eerste instantie gaat om een beoordeling van de functie(-eisen) en de mogelijke vertaling daarvan in medische termen en niet om (de gezondheid van) de werknemer. Een deel van de bedrijfsartsen en werkgevers noemt het ongelukkig dat hierdoor een oudere sollicitant of een sollicitant met gezondheidsbeperking die een mogelijke optimale uitvoering van een functie belemmert, niet gekeurd wordt en aldus effectieve werkadviezen ten behoeve van een duurzame arbeidsinpassing misloopt. Sommige bedrijfsartsen vinden dan ook dat de WMK interfereert met de gezondheidsbelangen van bepaalde groepen sollicitanten en de geneeskundige begeleiding van werknemers belemmert. Door anderen wordt daar tegen in gebracht dat er altijd de mogelijkheid bestaat van intrede onderzoek na aanname van de sollicitant.

Risicomijdend
Geconcludeerd wordt dat vragen van de werkgever naar de gezondheidstoestand van de sollicitant of het ziekteverzuim in het verleden, raken aan de rechtspositie van een groot deel van de sollicitanten; zij die niet (langer) medisch gekeurd worden door de arts, worden wel op hun gezondheidstoestand bevraagd. De vervolgvraag is dan of er nu meer of minder (risico-)selectie op gezondheid is door werkgevers. Het voorlopig antwoord is dat de mate van selectie nagenoeg hetzelfde is als begin jaren negentig: terwijl werkgevers minder vaak een (gecertificeerde) arbodienst een aanstellingskeuring laten verrichten, is er een toename van het aantal gezondheidsvragen door werkgevers. Het effect van de WMK stelt dus teleur. Hiertegenover staat de opmerking van enkele bedrijfsartsen dat werkgevers de laatste tijd juist weer minder kieskeurig zijn vanwege een krappe arbeidsmarkt. Hieruit is dan wel af te leiden dat bij een ruimere arbeidsmarkt deze vorm van selectie op gezondheid zal toenemen. Nadere voorlichting aan met name werkgevers, verdere regulering en controle op naleving lijkt in deze volgorde op zijn plaats.

Op het eerste gezicht lijk een succes van de WMK dat de verzekeringsbranche de wettelijke normen getrouw naleeft. Dit gebeurt echter alleen daar waar deze volstrekt elder zijn. Op het moment dat er 'gaten' bestaan of lijken te bestaan in bij de branche onwelgevallige normen, worden deze onmiddellijk benut, zo niet door creatieve wetsinterpretatie opgerekt. Zowel de door het Verbond afgegeven WMK-richtlijn (art. 4

lid 4) als het discours over de eerbiedigende werking getuigen hiervan. Anderzijds laat het feit dat het proefproces hierover aan beide zijden door de verzekeraars is bekostigd, zien dat de branche er veel aan gelegen is om in ieder geval uitsluitsel te verkrijgen over waar men met de gestelde regels aan toe is.

Het keuringsverbod in de WMK is in deze eerste drie-jaarsperiode redelijk nageleefd, met uitzondering van die onderdelen ten aanzien waarvan twijfel over de inhoud van de wettelijke regel bestond of kon bestaan. Wel is het zo dat een aantal verzekeraars erg lange wachtjaren gebruikt. Er is ten aanzien van dit onderwerp niet gebleken van een handhavingstekort. De bestaande instanties, ook de (niet onafhankelijke) Ombudsman, lijken genoeg gezag te hebben om verzekeraars waar nodig bij te sturen. Of deze rechtsgang de individuele verzekerde altijd voldoende soelaas biedt, onttrekt zich aan onze waarneming. Evenmin is bekend of het aantal binnengekomen klachten - bij zowel dit instituut als het in 1999 opgerichte Meldpunt - representatief is voor de over de wet bestaande tevredenheid.[154]

Ook op het gehele terrein van de verzekeringskeuringen is het effect van de WMK dus discutabel te noemen. Het keuringsbeleid van verzekeraars lijkt vooralsnog weinig veranderd. Wel hebben een tweetal juridische procedures tot bijstelling van het beleid geleid. Anderzijds schept het standaard vragenformulier wat het onderwerp erfelijkheid betreft nog steeds verwarring.

Over de vraag hoe tevreden of ontevreden mensen zijn in hun positie als verzekeringskeurling lopen de meningen uiteen. Dit geldt al evenzeer voor onderwerpen als antiselectie, shopgedrag en mededelingsplicht. Gerichte informatie over deze onderwerpen ontbreken vooralsnog. De stelling van het Breed Platform dat, zolang een goed toegankelijk en breed bekend klachtrecht ontbreekt, uitspraken over consumententevredenheid vrijwel niet gedaan kunnen worden, kan van deze zijde alleen maar worden onderschreven.

4.3.2 Omstreden zaken

De WMK bevat naast een aantal met de verzekeringsbranche gesloten compromissen, ook een aantal elementen die voor verzekeraars omstreden zijn gebleven. Handreikingen aan de branche zijn de bepaling ten aanzien van HIV/AIDS en de bevoegdheid van de Minister van VWS om in situaties waarin dit noodzakelijk lijkt een uitzondering (op het bepaalde in art. 3 WMK) te maken analoog aan die voor HIV/AIDS. Onderwerpen waartegen de branche geageerd heeft, zijn het absolute karakter van het keuringsverbod van artikel 4 leden 3-5 WMK - waardoor hierin ook polissen besloten zitten die eerder individueel dan collectief zijn - en het (in hoofdstuk 3 bespoken) ‘verzwijgrecht’ van aspirant-verzekerden. Door verzekeraars werd en wordt vanwege beide elementen op grote schaal zelfselectie voorspeld, waartegen verzekeraars zich nu niet langer kunnen wapenen.
Consumentenorganisaties daarentegen menen dat dit effect wordt overdreven en dat het probleem met keuringsregulering juist is dat de meeste mensen die om een verzekering komen hun rechten niet of nauwelijks kennen. In hun visie is het probleem met dit type regelstelling veeleer dat mensen zaken die zij volgens de wet niet meer zouden hoeven te melden, uit eigen beweging toch zeggen en dat verzekeraars daarmee vervolgens rekening kunnen houden.

154 Een andere observatie uit de EBR-sessie (afkomstig van een verzekeringsarts) is dat het instituut Verzekeringsombudsman bij de meerderheid van de (aspirant-)verzekerden nauwelijks bekend is.

De vertegenwoordigers van werkgevers hadden en hebben grote bezwaren tegen de invoering van de WMK. Vandaar dat zij verder weigeren gehoor te geven aan de in de Wet opgenomen oproep tot zelfregulering van niet geregelde aspecten rond aanstellingskeuringen. Het PAK is algemeen geaccepteerd maar de betrokken partijen hebben zoals gezegd over de klachtenprocedure geen overeenstemming weten te bereiken.

4.3.3 De WMK en de arbeidsmobiliteit

De privatisering van voorheen publieke werknemersbescherming blijkt problematisch voor van baan wisselende werknemers met een gezondheidsbeperking. Verzekeraars - en overigens ook pensioenfondsen voor wie dit fenomeen met name speelt bij de TBA-dekkingen - zijn gerechtigd de zogenaamde 'brandende huizen' van uitkering uit te sluiten. Het gevolg van een zodanig - verzekeringstechnisch alleszins gebruikelijk - beleid kan zijn dat een wisseling van werkgever en dus van inkomensverzekeraar een voorheen geheide inkomensbescherming ondergraaft. Het probleem zit bij verzekeringen als die van het WAO-gat, het ANW-hiaat en het werkgeversrisico bij ziekte en ongeschiktheid (WULBZ/PEMBA)[155] en kan zich op drie manieren manifesteren:

- de sollicitant komt te weten dat een nu nog goedverzekerd risico dit na de baanwisseling - althans enige tijd - niet zal zijn en ziet op het laatste moment van de beoogde stap af,
- de sollicitant krijgt van de beoogde werkgever te horen dat het werkaanbod niet doorgaat, omdat deze het aan hém toevallende risico (loondoorbetaling bij ziekte, dan wel een krachtens een CAO bestaande verplichting bij langerlopende ongeschiktheid) onoverkomelijk acht,
- partijen gaan, onbewust van dit gevaar, een arbeidscontract aan en ervaren dit pas op het moment dat het onverzekerd geraakte risico intreedt. Afhankelijk van de aard van de verzekering ervaart ofwel de werkgever, ofwel de werknemer schade.

Het gecombineerde keuringsverbod van de WMK draagt aan dit gevaar bij omdat een vooroverleg tussen werkgever, werknemer, huidige en beoogde inkomensverzekeraar over de - dan nog te zetten - stap nu, meer dan voorheen, uitblijft. Beiden (werkgever/werknemer) blijven daardoor verstoken van enige voor deze beslissing vrij wezenlijke informatie, waardoor van de bovengenoemde drie consequenties de derde de meest aannemelijke wordt.
Al met al lijkt één van de achterliggende doelen van de WMK – gelijke arbeidsmarkt-kansen bevorderen voor mensen met gezondheidsbeperkingen- niet éénduidig door de WMK positief beïnvloed.

WMK en de REA
Dat de verwachting dat de WMK het gebruik van REA-instrumenten verhindert niet in het onderzoek bevestigd is gevonden zal ook te maken hebben met het feit dat de uitvoering van de REA die terzelfder tijd is ingevoerd grote implementatie problemen heeft laten zien (Wevers e.a. 2001).

155 Met dien verstande dat verzekeraars zich, aldus de woordvoerder van het Verbond, bij het intreden van het ziekterisico nimmer op de brandend-huisclausule beroepen. Echter, de stelling dat dit ook werkelijk nooit gebeurt nemen wij niet voor onze rekening. Dit is immers niet in de context van het onderhavige evaluatieonderzoek bekeken.

De REA is er op gericht om (re)integratie van mensen met een arbeidshandicap te stimuleren. De mogelijkheid is geopperd dat bepalingen in de WMK het onbedoeld neveneffect hebben dat REA-instrumenten niet worden toegepast, omdat gezondheidsbeperkingen niet worden gemeld (Hendriks, 2000). Met de uitkomsten uit de onderhavige evaluatie en de evaluatie van de REA blijkt dat deze vooronderstelling (nog) niet is te staven. De nog onvoldoende benutting van de REA instrumenten is vooral toe te schrijven aan organisatorische knelpunten in de uitvoering.

4.3.4 Handhaving en rechtspositie keurling is niet duidelijk verbeterd

Rechtspositie van de sollicitant en keurling
Het keuringsverbod (art. 4 lid 1 WMK), en het verbod op het stellen van gezondheidsvragen tijdens een sollicitatiegesprek (art. 4 lid 2) in combinatie met de definitie van het begrip keuring uit artikel 1, geven een duidelijke normstelling voor werkgevers en de bedrijfsarts. Uit de wet valt echter niet op te maken wat een sollicitant effectief kan ondernemen indien de werkgever deze normen niet wenst na te leven.
Voor de rechtspositieversterking van de keurling ten opzichte van de keurende instantie is er (voorlopig) geen juridisch nakomingskader. Zo heeft de wetgever voor wat betreft de rechten (art. 11 en 12 WMK) nagelaten om een indicatie te geven van daaraan voor partijen verbonden consequenties. Het recht op herkeuring is een voorbeeld daarvan. Dienaangaande wordt opgemerkt dat er na gebruikmaking door de keurling van het recht op 'herkeuring', toch in ieder geval een verplichting voor de keuringvrager moet zijn, om de uitslag van de herkeuring expliciet in de uiteindelijke beslissing te betrekken (Markenstein, 2000). Het is dan ook opvallend dat in deze publiekrechtelijke regeling niet is voorzien in toezicht op naleving van de wet. De keurling moet in deze en andere gevallen zelf initiatief nemen om rechten af te dwingen en krijgt daarvoor geen additionele middelen aangereikt.
De keurling moet vooralsnog de sanctionering van het niet of onvoldoende respecteren van keurlingrechten buiten de WMK zoeken, bijvoorbeeld tuchtrechtelijk, of civielrechtelijk middels de norm van het goed-behandelaarschap. De mogelijke compensatie zal vooral een geldelijke zijn en zeker niet een herkeuring met een mogelijk betere keuringsuitslag.

Privacy
De WMK sluit het inwinnen van voor de functie irrelevante informatie uit, maar dit laat onverlet dat een werkgever een gerechtvaardigd belang heeft om vooraf kennis te nemen van hetgeen voor de betreffende functie wel relevante informatie is. De werknemer heeft een mededelingsplicht ten opzichte van de werkgever wat betreft voor de functie relevante informatie. Een sollicitant mag er vanwege de precontractuele fase niet vanuit gaan, dat hij gegevens over zijn of haar gezondheid (waarnaar de werkgever niet rechtstreeks mag vragen) kan verzwijgen. Indien er een functie-eis is geformuleerd, kan de sollicitant de arts inlichten die het medisch onderzoek uitvoert, ook al heeft de gezondheidsbeperking geen relatie met de functie-eis. Overigens mag de sollicitant (stelt het BW) geen onjuiste informatie geven tijdens een aanstellingskeuring.
De zaak is voor de sollicitant én werkgever met name lastig als er geen aanstellingskeuring plaats mag vinden, hetgeen in negen op de tien sollicitaties het geval is. De sollicitant heeft zoals gezegd geen vrijbrief om te zwijgen over een voor de betreffende functie relevante ongeschiktheid. De werkgever heeft een ‘precontractuele’ inspanningsverplichting om vooraf duidelijkheid te krijgen. Onduidelijk is hoe deze

inspanningsverplichting eruit moet zien wanneer niet rechtstreeks naar medische gegevens gevraagd mag worden.

De erfelijkheidsnorm
Op het verzekeringsdomein zit het probleem ten aanzien van de norm op erfelijkheid (art. 5 WMK) hem zowel in de *inhoud*, de daarover te verstrekken *voorlichting* als de feitelijke *naleving*. Voor dit laatste kan een slagvaardig klachteninstituut - waarvan het bestaan ook breed bekend wordt gemaakt - nuttige diensten bewijzen.
Maar alvorens over te gaan tot voorlichting of handhaving zal men het inhoudelijk eens moeten zijn over waar de in deze gegeven normen nu concreet voor staan. In het bijzonder betreft dit de mededelingsplicht van de aspirant-verzekerde en het vraag- en onderzoeksrecht van verzekeraars naar aandoeningen die erfelijk bepaald zijn en niet per se onbehandelbaar, maar waarvan de aanleg aan de betrokkene zelf wel bekend is. Een belangrijke oorzaak van deze onduidelijkheid zit hem in de structuur van de regeling, welke een veelheid aan vooralsnog open normen laat zien. De ter invulling voorliggende onderwerpen zijn onder meer de volgende:
- de (her)inrichting van de te gebruiken gezondheidsverklaring inclusief de daarbij te verstrekken toelichting;
- de verder invulling van zekere in de wet gegeven *blanket terms* en;
- het concreter vormgeven van keurlingrechten zoals het bij de maatschappij van de eigen keuze bezwaar maken - en ervaren dat daarmee iets gebeurt - wanneer deze handelt in strijd met de in de WMK of elders gegeven regels, en het recht op herkeuring.

Voor het invullen van deze elementen heeft de wetgever advies nodig van deskundigen. Ook dienen de verschillende zienswijzen van alle bij het onderwerp betrokken partijen te worden meegewogen. Of deze het over alle onderdelen eens kunnen worden is twijfelachtig. Het tot in uiterste consequentie met elkaar doorspreken en vervolgens doorhakken van een knoop levert waarschijnlijk meer duidelijkheid op, en daarmee voor het veld meer rechtszekerheid.

4.3.5 Zelfregulering is niet van de grond gekomen

Een geconditioneerde zelfregulering waarbij alle actoren betrokken zijn bij de invulling van de WMK, te weten het doel van de keuring, doen van keuringen en de inhoud van de keuringen, is niet van de grond gekomen.
Wat betreft de doelstelling dat vertegenwoordigers van representatieve partijen die tot zelfregulering moesten komen nog het volgende. Vastgesteld is dat deze noch op het terrein van aanstellingskeuringen noch op het terrein van verzekeringskeuringen tot het gewenste overleg en overeenstemming zijn gekomen. Hoewel daarbij naar de gebrekkige inzet van de kapitaalkrachtiger organisaties kan worden verwezen die ten opzichte van het ingestelde Breed Platform Verzekerden en Werk en de Helpdesk, in een positie verkeren van Goliath tegenover David, is het toch te gemakkelijk om alleen naar deze partijen te verwijzen waar het gaat om gebrek aan initiatief tot zelfregulering. Uiteraard kan gesteld worden dat de overheid meer had kunnen doen om empowerment van de gehandicapten te bewerkstelligen zodat deze vanuit een meer gelijkwaardiger positie konden onderhandelen met werkgevers en verzekeraars. Daar kan tegenin worden gebracht dat de veel meer dan honderd gesubsidieerde gehandicapten organisaties ook meer initiatief kunnen ontplooien en aan deze discussies deelnemen. Daarbij is ook de Consumentenbond opvallend afwezig waar het de verzekeringskeuringen betreft. Wat dat betreft laten de vakbonden als vertegenwoordigers van werknemers zich relatief vaker horen als het om de

aanstellingskeuringen gaat. De consumentenmacht lijkt te weinig geprononceerd. De vraag is of onder deze omstandigheden nadere regulering door de overheid niet op zijn plaats zou zijn. Vooral het gegeven dat de keurling bij eventuele klachten over de keuring zo goed als nergens geholpen kan worden is een evident gemis en hieraan wordt gewerkt middels een AMvB in voorbereiding.

4.3.6 In hoeverre heeft het onderzoek antwoord kunnen geven op vragen

Hoewel in deze evaluatiestudie vele vragen zijn beantwoord is opvallend dat met name een aantal vragen over verzekeringskeuringen moeilijk is te beantwoorden vanwege het ontbreken van voldoende gegevens (Schema 4.5).
Aangenomen wordt dat de ministeries graag een duidelijk inzicht hebben in de mate waarin verzekeraars en pensioenfondsen wachttijden en carenztijden hanteren en gebruikmaken van machtigingen ter verkrijging van inzage in medische dossiers van aspirant-verzekerden en bij ingediende claims en dat zij ook nauwkeurig willen weten wat de omvang van de premiestijging als gevolg van de WMK is geweest en in hoeverre verzekeraars en pensioenfondsen besloten om bepaalde verzekeringen vanwege de WMK niet langer aan te bieden. De bereidheid van de verzekeraars om deze informatie over te dragen is echter beperkt. Terwijl het overigens de vraag is of deze complexe en gedifferentieerde markt ook voldoende in kaart is te brengen. Omdat het hier private marktpartijen betreft mag het duidelijk zijn dat de verzekeringsinstellingen, al was het onder het motto van gevoelige informatie vanwege de concurrentie, niet gaarne bereid zijn deze informatie te overhandigen. De private partijen kunnen, indien zij niet bereid zijn de noodzakelijke gegevens over te dragen, slechts onder dwang van de overheid tot het leveren van gegevens worden aangespoord.
Voor het Verbond van Verzekeraars geldt dat zij deze informatie over de bij haar aangesloten leden niet bezit. De enige informatie die op genoemde terreinen naar buiten komt betreft de toename van verzekerden met ‘onverzekerbare risico’s’ dat (mogelijk) zal leiden tot verdere premie stijgingen. Maar ook deze cijfers zijn nooit openbaar gemaakt.

Meten van gedragsverandering
Uit het evaluatie-onderzoek blijkt dat enkele aspecten van de wet, zoals het begrip keuring en wat wel en niet is toegestaan, niet voor iedereen zonder meer duidelijk is. Zo denken veel werkgevers en zelfs bedrijfsartsen bij een *aanstellingskeuring* in eerste instantie aan een (uitgebreid) onderzoek door een bedrijfsarts. Het kost enige overredingskracht hen ervan te overtuigen dat vragen van de werkgever naar de gezondheidssituatie van de sollicitant of naar een gezondheidsverklaring verboden zijn en dit alleen is toegestaan als een dergelijke ‘keuring’ wordt verricht door een arts én de werkgever de functie-eisen heeft omschreven die deze keuring rechtvaardigen. De onbekendheid van de respondenten bij dit onderzoek met de nieuwe voorschriften van de WMK maakte het in dit onderzoek daarom lastig om gedragsveranderingen vanwege de WMK te meten. Werkgevers die gevraagd wordt of zij sollicitanten ‘keuren’ antwoorden op deze vraag nee, terwijl zij zeggen de gezondheid tijdens sollicitatie gesprekken wel naar voren te brengen of naar gezondheidsverklaringen vragen.

Doelbereiking
Het antwoord op de vraag of de met de WMK gestelde doelen bereikt zijn is niet een simpelweg nee. Met name op het terrein van de pensioen- en verzekeringskeuringen zijn zoveel en ook zulke uiteenlopende doelen gesteld dat deze vraag alleen maar per

compartiment beantwoord kan worden. Bovendien is de vraag wanneer men vindt dat een doel bereikt is, afhankelijk van een (politieke) weging van de beschreven resultaten en neveneffecten. Niettemin hebben wij in dit hoofdstuk geprobeerd de bevindingen uit het onderzoek zoveel mogelijk te voorzien van een analyse van wat bereikt is, wat nog openstaat en welke onderwerpen verbetering of nadere doordenking behoeven.

Schema 4.5 Gegevens voor de beantwoording van centrale onderzoeksvragen

Centrale onderzoeksvragen	**Aanstellingskeuring: Voldoende gegevens voor beantwoording**	**Verzekeringskeuring: Voldoende gegevens voor beantwoording**
Centrale onderzoeksvraag 1: Wat beoogt de WMK en wat zijn de effecten?	**Ja**	**Deels**
Centrale onderzoeksvraag 2: Hoe is de afstemming met andere wetten, de handhaving van de WMK en versterking van de rechtspositie van de keurling geregeld?	**Deels**	**Deels**
Centrale onderzoeksvraag 3: Hoe heeft het concept van zelfregulering bijgedragen aan de realisatie van doelstelling van de wet?	**Ja**	**Ja**

Literatuur

Andriessen S, Veerman TJ, Vijgen J
Risicoselectie op de Nederlandse arbeidsmarkt.
Zoetermeer, Ctsv 1995.

Andriessen S, Verkleij HEM, Marcelissen FHG
Verzuimbeleid in verandering.
Min. V. SZW, Den Haag, VUGA uitgeverij bv, mei 1997.

Begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen (BC-PAK)
Advies Klachtenregeling.
KNMG, Utrecht, oktober 2000.

Berendsen L, Burger JC, Koehler JBI, Spijkerboer PM
Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1998.
Zoetermeer, Ctsv 1998.

Boersma MTHLW
Commentaar op Hulshof CTJ. Een algemene richtlijn voor aanstellings keuringen.
Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (TBV) 2000; 8: 52-53.

Bottinga C, Tobé LM
Valse informatie bij de aanstellingskeuring.
TBV, 1998,2, 47-49.

Bruijn JA de, Koppenjan JFM, Kickert WJM (red.)
Netwerkmanagement in het openbaar bestuur*. Over de mogelijkheden van overheidssturing in beleidsnetwerken.*
VUGA, 's-Gravenhage, 1993.

Clausing P, Wansink JH
De verzekeringsovereenkomst, deel VI.
in de Asser serie Bijzondere overeenkomsten.
Tjeenk Willink, Zwolle, 1998.

Deursen CGL van, Reuling AMH, Veerman TJ
SZW-werkgeverspanel rapportage 1998-1999.
SZW (maart 2000).

Deursen CGL van, Schellekens EILM e.a.
ZARA-werkgeverspanel rapportage 1997
Den Haag, VUGA uitgeverij bv, 1998.

Drongelen H van
De wet op de medische keuringen.
Arboscoop 4 (1997), no 10.

Dute J
De medische aanstellingskeuring wettelijk geregeld.
SMA, 1997, p. 459-467.

Dute J e.a.
De evaluatie van de WGBO.
Rapport commissie evaluatie regelgeving.
ZorgOnderzoek Nederland, 2000.

Ferrier LH, Edelaar WJM
Aanstellingskeuringen: de stand van zaken ruim 1½ jaar na het van kracht worden van de Wet op de medische keuringen.
TNO Arbeid, AAG-opleiding, 2000.

Fluit PS
Verzekeringen van solidariteit (diss./UvA).
Amsterdam, 2001.

Gevers JKM
Juridische aspecten van erfelijkheidsonderzoek en –advies.
Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidszorg (1987).

Gevers JKM
Rechtsbescherming bij aanstellingskeuringen na invoering van de Wet medische keuringen.
in: *Tijdschrift voor Sociaal Recht* 1998, pp. 259-264.

Gevers JKM
De wet medische keuringen in het perspectief van de mensenrechten.
NJCM-bulletin 1999, p. 442-452.

Gevers JKM
De Wet op de Medische keuringen, een geslaagd initiatief.
Tijdschrift voor sociaalrecht Vol. 12 (Issue 6), 1997, 163 (1).

Gevers JKM
Het recht op privacy en het beroepsgeheim.
In: Hubben (red.), *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*.
Lochem, 1990.

Gevers JKM
Verzwijging en levensverzekering. Het Convenant van 1999.
Het Verzekeringsarchief, 78e jrg. Nr 1, 2001.

Gezondheidsraad
Keuren en voorspellen; en beoordeling van het RIVM-rapport.
Den Haag 1993.

Gezondheidsraad
Erfelijkheid: wetenschap en maatschappij.
Over de mogelijkheden en grenzen van erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie.
Advies aan de Minister van WVC, d.d. 29 december 1989.

Gils van H
Organisatienetwerken in de non-profit sector. *De dynamiek van netwerken aan de hand van vijf relevante dimensies.* Mast en Ten Brummeler (red), Samson,1994.

Godfroij AJA, Bunt PA van de, Nijkerk K
Netwerken van organisaties.
in: *Handboek organisatie*, Samson, Alphen aan den Rijn, 1989, p. 25 – 33.

Godfroij AJA
Dynamische netwerken.
M&O, 1992 (4), p. 365 – 375.

Heemskerk F
Nieuwe ziektewet vereist nieuwe beleidsvoorstellen.
Arbeidsomstandigheden 1996; 72: 223-227.

Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen
Rapportage periode 1 januari 1998 tot 1 januari 1999.
Amsterdam, Breed Platform Verzekerden en Werk 1999.

Helpdesk Gezondheid, Werk en Verzekeringen
Rapportage periode 1 januari 1999 tot 1 januari 2000.
Amsterdam, Breed Platform Verzekerden en Werk 2000.

Hendriks AC, Vlies IC van der
De medische aanstellingskeuring op tweeërlei wijze geregeld?
Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1995, p. 274-284.

Hendriks AC
Gelijke toegang tot de arbeid voor gehandicapten.
Een grondwettelijke en rechtsvergelijkende analyse. (diss./UvA) 2000.

Hendriks AC e.a.
WGBO en bedrijfsarts.
Advies uitgebracht aan de besturen van de Vereniging voor Gezondheidsrecht en de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde.
Augustus 2000 (a).

Hoogerwerf A, Herweijer M (red.)
Overheidsbeleid. Een inleiding in de beleidswetenschap.
Samson, Alphen aan den Rijn, 1998.

Hubben JH (red.)
De geneeskundige behandelingsovereenkomst: tekst en analyse van het wetsvoorstel.
Lochem, 1990

Hulshof CTJ
ARA: Algemene Richtlijn Aanstellingskeuring.
Amsterdam, SKB, 1999.

Hulshof CTJ
Een algemene richtlijn voor aanstellingskeuringen.
Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 2000; 8: 46-51.

Huurne AG ter, Veerman TJ, Deursen CGL van, Fux Rap, Schellekens EILM, Vissers AMC
ZARA-werkgeverspanel rapportage 1996-1997:
Ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden, reïntegratie, arbeidsongeschiktheid.
Den Haag, VUGA 1997.

Jansen J, Lourijsen ECMP, Poppelaars CAM, Putten DJ van, Treurniet HF, Winter CR de, Water HPA van de, Verkleij H
Een verkenning van voorspellend medisch onderzoek in keuringssituaties.
Bilthoven, Rivm 1993.

Kalkman-Bogerd LE
Medische keuringen en verzekeringen; een commentaar op het wetsvoorstel medische keuringen.
Verzekeringsrecht Algemeen, 1996/3.

Kalkman-Bogerd LE
De Wet op de Medische Keuringen en verzekeringen; het eindverslag.
Verzekeringsrecht Algemeen, 1997/6

Kalkman-Bogerd LE
De wet op de medische keuringen en eerbiedigende werking.
Verzekeringsrechtelijke berichten, 2000/3.

Kalkman WMA

Begunstiging bij levensverzekering, in het bijzonder met betrekking tot het huwelijksvermogensrecht.
Tjeenk Willink, Zwolle

Kelder MJ, Weel ANH, Plomp

Dilemma voor de bedrijfsarts: mag de leugen lonen?
TBV, 2000,7, 214-217.

Koehler JBI, Spijkerboer PM

Augustusrapportage arbeidsongeschiktheidsverzekeringen 1999.
Zoetermeer, Ctsv 1999.

Kort WLAM

Personnel selection through pre-employment medicals.
Proefschrift Universiteit van Amsterdam, 1993.

Kort WLAM de, Dijk FJH van

Preventive effectiveness of pre-employment medical assessments.
Occupational Environmental Medicine 1997;54:1-6.

Kort WLAM de

Aanstellingskeuringen binnenkort achterhaald?
Bijblijven 1996:12/ 3.

Kort WLAM de

De waarde van aanstellingskeuringen.
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1990;134:1589-1592.

Leenen HJJ

Medische keuringen- van protocol naar wetgeving: overheidsbeleid inzake regulering en deregulering vaak niet erg begrijpelijk.
Medisch contact 51 (1996) no 15.

Leenen, HJJ, Gevers JKM

Handboek Gezondheidsrecht deel I.
Rechten van mensen in de gezondheidszorg.
vierde geheel herziene druk, Houten/Diegem, 2000

Leenen HJJ, Zonneveld AC

Handboek Gezondheidsrecht deel II.
Gezondheid en recht, derde druk, Houten/Diegem, 1996

Lourijsen ECMP, Heuvel SG van den, Smulders PGW

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1988 en 1992.
Den Haag, VUGA, NIPG, TNO, Ministerie van SZW 1993.

LTD

De praktijk van de medische aanstellingskeuring in 1993.
loontechnische dienst.
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 1994.

Maarle M van, Stouthard M, e.a.

Genetische screening en verzekeringen.
Medisch Contact 2000;55(10): 360-362)

Markenstein LP

De Wet Medische Keuringen, een stukje van een (nog) onvoltooide puzzel,
Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 1998, p. 262-272.

Mierlo AIM van, Wansink JH

Titel 7:17 NBW: l'assurance oblige
Nederlands Juristenblad van 6 oktober 2000, nr. 35.

Mul CAM, Verkley HEM, Hazelzet AM, Roos F de

Kwaliteit van de oordeelsvorming.
Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 1997.

NN Verzekeraars dagen politiek uit met WMK-maatregelen

Assurantie Magazine jrg 20,3 d.d. 6.2.98.

Ombudsman Schadeverzekeringen,

Jaarverslag 1998

Roscam Abbing HDC

Het recht op informatie en het toestemmingsvereiste.
In: Hubben (red.)*, De geneeskundige behandelingsovereenkomst.*
Lochem, 1990.

Salomons R

Erfelijke gegevens en verzekering.
in: *Verzekering, theorie en praktijk, Liber amicorum Hubert Claassens,*
Antwerpen/Apeldoorn, Maklu, 1998

Schellekens EILM, Dagevos J, Dagevos IFLMM, Huurne AG ter

Kwetsbare groepen op de arbeidsmarkt.
SZW, mei 2000.

Schuld TCA, Sigterman AHP, Vet M, Zingel MI

Na privatisering bepalen aanbod en vraag de markt.
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Wekgelegenheid, 1999.

Siegman, PM

Reacties van verzekeraars op de Wet op de medische keuringen (terecht?).
PS Documenta Kluwer,1998/4.

Sociaal-Economische Raad
Onverzekerbare risico's, advies van 26 februari 1999, 1999/02.

SZW
Tabellenboek SZW-Werkgeverspanel. No 156. Mei 2000.

SZW
Sociale Nota 2000, Min. v. SZW, Den Haag, 1999.

Tulfer, PM
Pensioenen, *fondsen en verzekeraars*.
2e druk, Deventer, 1997.

Veerman TJ, Huurne AG ter e.a.
ZARA-werkgeverspanel rapportage 1995-1996:
Den Haag, VUGA 1996.

Verbond voor Verzekeraars
De WMK, artikelsgewijze toelichting, 1998.

Verbond voor Verzekeraars
Jaarverslag 1999.

Verbond voor Verzekeraars/Centraal Bureau voor de Statistiek
Verzekerd van cijfers, 1999.

Verbond voor Verzekeraars/Centraal Bureau voor de Statistiek
Verzekerd van cijfers, 2000.

Verheij J
Levensverzekering zonder keuring is niet te betalen.
De Volkskrant d.d. 16 april 1996

Vos EL de, Smitskam C
Reïntegratie-instrumenten voor arbeidsgehandicapten 2000.
TNO Arbeid, Hoofddorp, 2000.

Vries HF de, Sardjoe UHA
Aanstellingskeuringen bezien in het licht van de Wet op de Med.Keuringen.
Den Haag, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 1999.

Wansink JH
Acceptatie en naselectie bij verzekering: vrijheid in gebondenheid.
Inaugurale rede ter gelegenheid van de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in het verzekeringsrecht in de faculteit der rechtsgeleerdheid aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.
31 mei 1990, Tjeenk Willink, Zwolle, 1990

Wansink JH, Van Garderen-Groenveld, ASJ,
Verzwijging bij verzekeringsovereenkomsten,
Tjeenk Willink, Zwolle, 1993.

Wevers CWJ, Besseling JJM, Vos EL de
Integrale rapportage evaluatie REA.
(in concept) Hoofddorp, TNO Arbeid, 2000.

Wevers CWJ, Besseling JJM, Vos EL de
De Realiteit. De evaluatie Wet Rea in kort bestek.
TNO Arbeid, Min. v. SZW, Den Haag, 2001

Interviews

Personen (voorzover toestemming gegeven te vermelden)

AMG, Durinck J
epidemioloog bij het kenniscentrum van het AMG. Betrokken bij het opstellen van nieuwe richtlijnen conform de WMK.

ArboNed NV, Kroeze BHJJ Sr
adviseur medisch-juridische zaken

ArboUnie Dordrecht, Portengen M
bedrijfsarts en kerntaakbeheerder WMK.

Arbouw, Duivenbooden C van
bedrijfsarts. Hoofd van de afdeling Onderzoek & Ontwikkeling

Arbouw, Golstein; jurist
Werkzaam als coördinator op de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg.

Beusen J
freelance bedrijfsarts en vanuit deze functie werkzaam ondermeer bij ArboUnie en Arbogroep GAK (AGG). Lid van de NVAB en vanuit de NVAB de aangesproken persoon voor WMK.

BGZ Wegvervoer: Meijer HJ
regiomanager Zuid-West.

BIG (Bedrijfsartsen in de gezondheidszorg) Pieters GE
voorzitter BIG en bedrijfsarts bij arbodienst van het UMC.

Onderweegs VCA. B.
Produktcoördinator VCA, Bureau Veritas Quality International te Rotterdam

VNO NCW. Hoogstraten-van Embden Andres LM van
secretaris sociale zaken.

Organisaties (Gesprekken met meerdere personen en/of telefonische informatie)

Verbond voor Verzekeraars (VvV)
Breed Platform Verzekerden & Werk
Meditel (Rijswijk, Amsterdam)
MKB Nederland
Gehandicaptenraad

Lijst van afkortingen

AMBER	Wet afschaffing malus en bevordering reïntegratie
AMvB	Algemene maatregel van bestuur
ANW	Algemene nabestaandenwet
ARA	Algemene Richtlijn Aanstellingskeuringen
Arbowet	Arbeidsomstandighedenwet
AWB	Algemene wet bestuursrecht
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
AWGB	Algemene wet gelijke behandeling
BC-PAK	Begeleidingscommissie Protocol Aanstellingskeuringen
BGZ	Bedrijfsgezondheidszorg
BIG(wet)	Wet beroepen individuele gezondheidszorg
BIG(org.)	Bedrijfsartsen werkzaam in de gezondheidszorg
BOA	Branche Organisatie Arbodiensten
BPV&W	Breed Platform Verzekerden en Werk
BW	Burgerlijk Wetboek
CAO	collectieve arbeidsovereenkomst
CRvB	Centrale Raad van Beroep
Ctsv	College van toezicht sociale verzekeringen
EBR	Electronic Board Room sessie
EG/EU	Europese Gemeenschap
EK	Eerste Kamer der Staten-Generaal
ESF	Europees Sociaal Fonds
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden
GAV	Vereniging van Geneeskundig Adviseurs bij Verzekeringsmaatschappijen
HSI	Hugo Sinzheimer Instituut
HR	Hoge Raad
KNMG	Koninklijke Nederlandse maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
LTD	Loon Technische Dienst
MvA	Memorie van Antwoord
MvT	Memorie van Toelichting
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NVAB	Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVP	Nederlandse Vereniging voor Personeelsbeleid
NBW	Nieuw Burgerlijk Wetboek
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
OR	Ondernemingsraad
PAGO	Periodiek arbeidsgeneeskundig onderzoek
PAK	Protocol Aanstellingskeuringen

PEMBA	Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsregelingen
PSW	Pensioen- en Spaarfondsenwet
REA	Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten
RCO	Raad van de centrale ondernemingsorganisaties
Rivm	Rijks instituut voor volksgezondheid en milieu
RSV	Rechtspraak Sociale Verzekeringen
SER	Sociaal Economische Raad
SMA	Sociaal Maandblad Arbeid
Stb	Staatsblad
Stcrt	Staatscourant
SZW	(ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TAV	Wet terugdringing arbeidsongeschiktheidsvolume
TBA	Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen
TBV	Tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde
TK	Tweede Kamer der Staten-Generaal
TZ	Wet terugdringing ziekteverzuim
USZO	Uitvoeringsorgaan sociale zekerheid voor de overheid en onderwijs
VCA	Veiligheid Checklist Aannemers
VG	Verzekeringsgeneeskundige
VvV	Verbond van Verzekeraars
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WED	Wet op de economische delicten
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WMK	Wet op de medische keuringen
WOR	Wet op de Ondernemingsraden
WPR	Wet persoonsregistratie
WULBZ	Wet uitbreiding loondoorbetalingplicht bij ziekte
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
WvK	Wetboek van Koophandel
WW	Werkloosheidswet
ZON	ZorgOnderzoek Nederland
ZON MW	ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen
ZW	Ziektewet

Bijlage 1

Wet op de medische keuringen (van 1 januari 1998)

Artikel 1

In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. keuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in verband met het aangaan of wijzigen van:
  1. een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt;
  2. een burgerrechtelijke pensioen- of levensverzekering;
  3. een toezegging, als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet;

  met betrekking tot een in Nederland gelegen risico:
  4. een verzekering wegens arbeidsongeschiktheid naar burgerlijk recht, of;
  5. een verzekering als bedoeld in artikel 4, vijfde lid.
- b. keurling: een persoon die een keuring ondergaat;
- c. keuringvrager: de (aanstaande) werkgever of (aanstaande) verzekeraar die een keuring van een (aspirant-) werknemer of (aspirant-) verzekerde vergt;
- d. keurend arts: de geneeskundige die de keuring verricht en de keuringvrager zijn gevolgtrekking mededeelt dan wel de geneeskundig adviseur van zijn bevindingen op de hoogte stelt;
- e. geneeskundig adviseur: de persoon die aan de keuringvrager in diens opdracht op basis van de keuring van de keurend arts de mededeling, bedoeld in het derde lid van artikel 10, doet;
- f. vragengrens: het over drie jaren gerekend totaal te verzekeren bedrag waar beneden de in artikel 5 genoemde vragen niet mogen worden gesteld en het in artikel 6 genoemde onderzoek niet mag worden verricht.

Artikel 2

Keuringen worden naar hun aard, inhoud en omvang beperkt tot het doel waarvoor zij worden verricht.

1. Keuringsgegevens mogen slechts worden gebruikt voor het doel waarvoor zij zijn verkregen.

Artikel 3

1. Bij een keuring worden geen vragen gesteld en geen medische onderzoeken verricht die een onevenredige inbreuk betekenen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling.

2. In ieder geval mogen geen onderdeel van een medisch onderzoek bij een keuring uitmaken:

   - a. onderzoek waarvan het te verwachten belang voor de keuringvrager niet opweegt tegen de risico's daarvan voor de keurling, waaronder begrepen onderzoek specifiek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige ziekte waarvoor geen geneeswijze voorhanden is, dan wel waarvan de ontwikkeling niet door medisch ingrijpen kan worden voorkomen of in evenwicht gehouden, of van kennis over een aanwezige, niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden;

   - b. onderzoek dat anderszins voor de keurling een onevenredig zware belasting met zich meebrengt.

Artikel 4

1. Keuringen in verband met het aangaan en wijzigen van een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, worden slechts verricht indien aan de vervulling van de functie, waarop de arbeidsverhouding betrekking heeft, bijzondere eisen op het punt van de medische geschiktheid moeten worden gesteld. Onder medische geschiktheid voor de functie wordt begrepen de bescherming van de gezondheid en veiligheid van de keurling en van derden bij de uitvoering van de desbetreffende arbeid.

2. Een keuring in verband met het aangaan van een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, wordt eerst verricht nadat alle overige beoordelingen van de geschiktheid van de aspirant-werknemer hebben plaats gevonden en de werkgever op grond daarvan voornemens is de keurling aan te stellen. Indien tot de beoordelingen bedoeld in de eerste volzin een onderzoek naar de antecedenten van de aspirant-werknemer behoort, kan op verzoek van de keurling de keuring in verband

met het aangaan van een burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, voorafgaand aan zodanig onderzoek worden verricht. 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.

3. Geen keuring vindt plaats voor deelneming aan een pensioenvoorziening als bedoeld in artikel 2 van de Pensioen- en spaarfondsenwet, tenzij er sprake is van een toezegging aan een persoon als bedoeld in artikel 2, derde lid, onderdeel c, onder 1e, van die wet. Indien de pensioenvoorziening keuzemogelijkheden biedt voor een individuele deelnemer kan, in afwijking van de eerste volzin, indien het een deelnemer betreft met een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd die een wijziging wenst ten aanzien van een eerder gemaakte keuze, wel een keuring plaatsvinden.

4. Voor zover niet ondergebracht bij een pensioenvoorziening, als bedoeld in het derde lid, vindt geen keuring plaats voor deelneming aan een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering die aan de burgerrechtelijke arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, is verbonden.

5. Voorzover sprake is van een arbeidsverhouding die bij of krachtens de Ziektewet of de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering als dienstbetrekking wordt aangemerkt, vindt geen keuring plaats in verband met een door de werkgever te sluiten of gesloten verzekering ter dekking van het risico van doorbetaling van loon als bedoeld in artikel 629, eerste lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek, of van de betaling van arbeidsongeschiktheidsuitkering als bedoeld in artikel 75a van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

6. Geen uitsluiting of vermindering van rechten op grond van ziekten, aandoeningen of gebreken wordt bedongen door de verzekeraar bij de deelneming aan een voorziening als bedoeld in het derde lid en bij het aangaan of wijzigen van een verzekering als bedoeld in het vierde en vijfde lid, voorzover ingevolge deze leden een keuringsverbod geldt.

Artikel 5

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, onderdeel a, genoemde ziekten, voor zover die op erfelijkheid betrekking hebben, bij de bloedverwanten van de aspirant-verzekerde en, tenzij de ziekte manifest is, bij de aspirant-verzekerde zelf 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. Bij de behandeling van de aanvrage 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 de aspirant-verzekerde en diens bloedverwanten worden gebruikt.

2. Voor arbeidsongeschiktheidsverzekeringen, voor zover niet vallende onder het vierde lid van artikel 4, en voor levensverzekeringen met periodieke uitkeringen bedraagt de vragengrens het verzekeringsbedrag dekkende zeventig procent van het inkomen. Voor levensverzekeringen met een eenmalige uitkering bedraagt de vragengrens driehonderdduizend gulden welk bedrag elke drie jaren bij ministeriële regeling wordt aangepast aan de index van levensonderhoud.

Artikel 6

In afwijking van artikel 3 mag bij het aangaan of wijzigen van een verzekering als bedoeld in artikel 5, een medisch onderzoek naar Aids of seropositiviteit voor Aids worden verricht: a. indien de te sluiten verzekering de vragengrens, bedoeld in artikel 5, tweede lid, overschrijdt, of b. indien de te sluiten verzekering de vragengrens, bedoeld in artikel 5, tweede lid, niet overschrijdt, maar het antwoord van de keurling op de in het licht van de artikelen 2 en 3, eerste lid, gerechtvaardigde vragen daartoe aanleiding geeft.

Artikel 7

In afwijking van artikel 3 kan, indien dit vanwege een dringend algemeen belang noodzakelijk is, Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ten aanzien van een zich nieuw voordoende ziekte die valt onder artikel 3, tweede lid, onderdeel a, bij ministeriële regeling bepalen dat artikel 6 van overeenkomstige toepassing is, totdat over deze ziekte afspraken als bedoeld in artikel 9 zijn gemaakt. Het ontwerp van een ministeriële regeling als bedoeld in de eerste volzin wordt ten minste vier weken voordat de regeling wordt vastgesteld, toegezonden aan de beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 8

1. De keuringvrager legt met inachtneming van de artikelen 2, 3, 4, 5, 6 en 7 het doel van de keuring, de vragen welke ten aanzien van de gezondheid zullen worden gesteld, en de medische onderzoeken welke mogen worden verricht, schriftelijk vast.

2. Tijdig voor de aanvang van de keuring wordt aan de keurling op begrijpelijke wijze schriftelijk informatie gegeven over doel,

vragen en onderzoeken, als bedoeld in het eerste lid, en over diens rechten bij keuringen.

Artikel 9

Representatieve organisaties van de werkgevers, respectievelijk de verzekeraars, representatieve organisaties van werknemers, respectievelijk de consumenten en patiënten en de representatieve organisatie van de artsen kunnen afspraken maken over de omschrijving van het doel van de keuring, als bedoeld in het eerste lid van artikel 2, het verrichten van keuringen als bedoeld in het eerste lid van artikel 4, en over de vragen en medische onderzoeken, als bedoeld in de artikelen 3, 5, 6, 7 en 8.

Artikel 10

1. De keurend arts en de geneeskundig adviseur oefenen hun taak uit met behoud van hun zelfstandig oordeel op het gebied van hun deskundigheid en van hun onafhankelijkheid ten opzichte van de keuringvrager.

2. De keurend arts en de geneeskundig adviseur zijn verplicht tot geheimhouding van hetgeen hen over de keurling bekend is, en dragen zorg voor een zodanige bewaring van de desbetreffende gegevens dat deze niet voor derden toegankelijk zijn.

3. De keurend arts, respectievelijk de geneeskundig adviseur delen aan de keuringvrager niet meer mee dan voor het doel van de keuring strikt noodzakelijk is.

Artikel 11

De keurling heeft het recht medewerking te weigeren aan een keuring of een onderdeel daarvan indien ten aanzien daarvan niet voldaan is aan de artikelen 2, 3, 4, 5, 6, 7 of 8.

Artikel 12

1. Indien aan de keuring een negatieve gevolgtrekking dan wel een positieve gevolgtrekking onder bepaalde beperkingen wordt verbonden, heeft de keurling het recht op herkeuring. De keurling maakt zijn wens daartoe met redenen omkleed kenbaar binnen een week nadat de genoemde gevolgtrekking aan hem is mede-gedeeld. De keuringvrager treft een regeling voor herkeuring door een onafhankelijk geneeskundige.

2. De door de keuringvrager te nemen beslissing wordt uitgesteld totdat de uitslag van de herkeuring hem is medegedeeld.

3. De kosten van de herkeuring worden gedragen door de keuring-vrager. Deze mag echter een redelijke bijdrage van de keurling verlangen.

Artikel 13

1. De in artikel 9 bedoelde organisaties kunnen een onafhankelijke klachtencommissie instellen.

2. De commissie neemt klachten met betrekking tot het in of op grond van deze wet geregelde en de afspraken bedoeld in artikel 9 in ontvangst en doet aan de klager en degene over wie is geklaagd, haar oordeel over de klacht toekomen.

3. De in artikel 9 bedoelde organisaties stellen het reglement van de klachtencommissie vast.

Artikel 14

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen nadere regels worden gesteld omtrent het bepaalde in de artikelen 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 en 13.

2. Indien en voor zover binnen drie jaren na de inwerkingtreding van deze wet geen afspraken, als bedoeld in de artikelen 9 en 13, zijn gemaakt of indien die afspraken niet voldoen aan bij of krachtens deze wet gestelde eisen, worden bij algemene maatregel van bestuur daaromtrent regels gesteld.

3. Een krachtens het eerste of tweede lid vastgestelde algemene maatregel van bestuur wordt aan de beide kamers der Staten-Generaal overgelegd. Hij treedt in werking op een tijdstip dat nadat vier weken na de overlegging zijn verstreken bij koninklijk besluit wordt vastgesteld, tenzij binnen die termijn door of namens een der kamers of door ten minste een vijfde van het grondwettelijk aantal leden van een der kamers de wens te kennen wordt gegeven dat het onderwerp van de algemene maatregel van bestuur bij wet wordt geregeld. In dat geval wordt een daartoe strekkend voorstel van wet zo spoedig mogelijk ingediend. Indien het voorstel van wet wordt ingetrokken of indien een van de beide kamers van de Staten-Generaal besluit het voorstel niet aan te nemen, wordt de algemene maatregel van bestuur ingetrokken.

Artikel 15

Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zendt in overeenstemming met Onze Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet, en vervolgens telkens na vijf jaar, aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Bijlage 2

Protocol Aanstellingskeuringen (PAK)[156]

1. Inleiding
Mede als uitvloeisel van de ontwikkelingen heeft de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid de KNMG gevraagd een bijdrage te leveren aan het oplossen van de gesignaleerde problemen en het voortouw te nemen bij de totstandkoming van een protocol waarin een aantal centrale onderdelen van de aanstellingskeuringen wordt geregeld.
Bij aanstellingskeuringen zijn in zijn algemeenheid drie 'partijen' betrokken: de keurende arts (de beroepsgroep), de keurling (vertegenwoordigers van werknemers en patiënten/ consumentenorganisaties) en de werkgever (de werkgeversorganisaties). Deze partijen zijn ook betrokken geweest bij het opstellen van het ontwerpprotocol. Doelstelling is ook steeds geweest om alle relevante organisaties daarbij te betrekken en een protocol op te stellen dat door deze organisaties onderschreven kan worden. In het protocol is rekening gehouden met de in de achtergrondstudie toegelichte stand van zaken op het terrein van de aanstellingskeuringen.
Centrale vragen bij het opstellen van het protocol zijn geweest:
1. *Wanneer moet een aanstellingskeuring plaatsvinden?*
2. *Wat is het doel van de aanstellingskeuring?*

In het protocol wordt ingegaan op het doel van de aanstellingskeuring, de voorwaarden waaronder een aanstellingskeuring kan plaatsvinden, de informatieverstrekking, de rapportage en verslaglegging, de herkeuring, en een klachtenprocedure. In het protocol wordt niet ingegaan op de specifieke medische inhoud van een aanstellingskeuring.
Het protocol is in beginsel van toepassing op alle aanstellingskeuringen ten behoeve van arbeidsorganisaties in de overheidssfeer, in de marktsector en andere sectoren.
Op de relatie keurlingkeurend arts bij de aanstellingskeuring is de Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst (WGBO) van toepassing, vandaar dat een groot aantal bepalingen in het protocol aan de WGBO is ontleend. In een aantal toelichtingen wordt naar het betreffende WGBO-artikel verwezen.

[156] Bron: Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG)

2.1. Begripsomschrijving

In dit protocol wordt verstaan onder:

a. keurling: de persoon (sollicitant) die de keuring ondergaat;
b. aanstellingskeuring: vragen over de gezondheidstoestand van de keurling en het verrichten van medisch onderzoek in het kader van een geschiktheidsonderzoek naar uit de functie voortvloeiende medische eisen;
c. keurend arts: arts onder wiens verantwoordelijkheid de aanstellingskeuring wordt verricht en die de opdrachtgever zijn gevolgtrekking mededeelt;
d. keuringvrager/opdrachtgever: de (aanstaand) werkgever die een aanstellingskeuring van de sollicitant vergt.

toelichting: Bij een geschiktheidsonderzoek in geval van functieverandering is geen sprake van een aanstellingskeuring, indien de bestaande arbeidsovereenkomst niet wordt gewijzigd. Uiteraard moeten aan een geschiktheidsonderzoek bij functieverandering dezelfde eisen gesteld worden als aan het onderzoek in het kader van een aanstellingskeuring. Dergelijk onderzoek vindt plaats als onderdeel van bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Vindt er wel een wijziging van de arbeidsovereenkomst plaats, dan is er sprake van een aanstellingskeuring.

2.2. Doel van de aanstellingskeuring

Het doel van een aanstellingskeuring is de beoordeling van de huidige belastbaarheid van de keurling ten opzichte van de belasting door de betreffende functie.
toelichting: Een oordeel wordt gegeven over de belastbaarheid op het moment van de keuring. Bij de beoordeling zal daarnaast het voorkomen van schade voor de gezondheid, de bescherming van de veiligheid van de keurling alsmede de veiligheid van derden bij uitvoering van de betreffende arbeid worden betrokken.
De gegevens van de aanstellingskeuring mogen na toestemming van de keurling worden gebruikt als nulmeting in het kader van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding. Het onderzoek tijdens de aanstellingskeuring dient echter steeds gebaseerd te zijn op de doelstellingen van de aanstellingskeuring, en niet op de bredere doelstelling van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.

2.3. Voorwaarden waaronder een aanstellingskeuring moet plaatsvinden

Een aanstellingskeuring kan alleen plaatsvinden indien specifieke functie-eisen voor de vervulling van de functie zijn geformuleerd die in medische termen kunnen worden vertaald.
toelichting: Dit betekent dat functie-eisen moeten zijn opgesteld die vertaald worden in gezondheidscriteria waarvoor de specifieke deskundigheid van een medicus noodzakelijk is om deze te kunnen beoordelen. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever om, mede op basis van een risico-inventarisatie binnen de arbeidsorganisatie, specifieke functie-eisen te doen formuleren. Functies waaraan dezelfde eisen worden gesteld kunnen worden geclusterd. Het is de verantwoordelijkheid van de werkgever er zorg voor te dragen de functie-eisen in medische eisen te doen vertalen bijvoorbeeld door een deskundige (Arbo)dienst. Wellicht ten overvloede zij vermeld, dat de opdrachtgever er tevens voor moet zorgdragen dat de keurend arts over de functie-eisen kan beschikken.

Een aanstellingskeuring vindt plaats voorafgaand aan de aanstelling.

Een aanstellingskeuring wordt eerst verricht nadat alle overige beoordelingen van de geschiktheid van de aspirant-werknemer hebben plaats gevonden en de werkgever op grond daarvan voornemens is de keurling aan te stellen.

toelichting: De aanstellingskeuring is geen selectie-instrument tussen sollicitanten. Zij vormt het sluitstuk van de sollicitatieprocedure.

De keurend arts moet een professioneel onafhankelijke positie hebben ten opzichte van de opdrachtgever.
toelichting: De positie van de keurend arts die in dienst van de opdrachtgever werkzaam is wordt vastgelegd in een professioneel statuut. Voor artsen bij een arbodienst is een en ander geregeld in de arbowet.

De keurend arts mag niet tegelijkertijd de behandelend c.q. begeleidend arts van de keurling zijn.
toelichting: Onder behandelend arts wordt in het algemeen verstaan de huisarts of specialist die de patiënt in behandeling heeft. Het is ongewenst dat een arts een aanstellingskeuring verricht bij een keurling die reeds door de betreffende arts bedrijfsgeneeskundig begeleid wordt.

De keurend arts moet aantoonbaar voldoende kennis en vaardigheden hebben om de belastbaarheid ten opzichte van de te verwachten belasting door de functie te kunnen beoordelen.
toelichting: In dit protocol wordt niet verder inhoudelijk ingegaan op de vereiste kennis en vaardigheden. Door de beroepsorganisaties zal hieraan een verdere invulling moeten worden gegeven. Gelet op de wettelijke verplichting voor werkgevers arbodiensten in te schakelen ligt het voor de hand dat aanstellingskeuringen door aan een arbodienst verbonden artsen worden uitgevoerd.

De te stellen vragen en de uit te voeren onderzoeken moeten aantoonbaar relevant zijn voor de aanstellingskeuring en moeten nodig zijn om informatie te verkrijgen over de huidige belastbaarheid ten opzichte van de belasting door de functie.
toelichting: Algemene ongerichte vragen en onderzoeken maken geen deel uit van een aanstellingskeuring of een aanstellingsprocedure. Vragen naar het ziekteverleden worden slechts gesteld, indien deze relevant zijn voor de beoordeling van de huidige belastbaarheid ten opzichte van de belasting door de functie, teneinde een gericht onderzoek mogelijk te maken. De uitslag van andere keuringen mag niet van invloed zijn op de beoordeling van de belastbaarheid van de keurling. Het is van belang er op te wijzen dat een aanstellingskeuring geen pensioenkeuring, arbeidsongeschiktheidskeuring of levensverzekeringskeuring is. De doelstellingen van deze keuringen zijn sterk verschillend, evenals de medische invulling ervan. Gezien het verschil in doelstellingen, en de daarbij aan de orde zijnde belangen, kan een aanstellingskeuring niet gebruikt worden als keuring voor een pensioenvoorziening of een arbeidsongeschiktheidsverzekering. De keurling kan, op voorstel van de opdrachtgever of keurend arts, aangeven de voorkeur te geven aan één medisch onderzoek, waarin de gegevens voor verschillende keuringen worden verzameld. De keurend arts dient dan bij voorkeur eerst de aanstellingskeuring (inclusief de beoordeling) af te ronden, waarna aanvullende informatie voor de verzekeringskeuring wordt verzameld.

Onderzoeken en vragen die in het kader van de aanstellingskeuring worden uitgevoerd of gesteld, mogen geen onevenredige inbreuk maken op de fysieke en psychische integriteit en persoonlijke levenssfeer van de keurling. Worden desondanks dergelijke vragen gesteld of dergelijk onderzoek voorgesteld dan heeft de keurling het recht

medewerking daaraan te weigeren, zonder consequenties voor de uitslag van de keuring.
toelichting: In de eerste plaats moet hierbij worden gedacht aan onderzoek dat een onevenredig zware belasting voor de keurling met zich meebrengt. Daarnaast betreft het ook onderzoek waarbij het te verwachten belang voor de opdrachtgever niet opweegt tegen de risico's voor de keurling. Hieronder wordt begrepen onderzoek gericht op het verkrijgen van kennis over de kans op een ernstige niet behandelbare ziekte of over de aanwezigheid van een niet behandelbare ernstige ziekte welke naar verwachting eerst na langere tijd manifest zal worden. In het regeringsstandpunt wordt aangegeven dat onderzoek naar alcohol, drugs en geneesmiddelen slechts in aanmerking komt indien de functie-eisen daartoe aanleiding geven. Voor onderzoek naar onbehandelbare aandoeningen is als zodanig geen plaats (Tweede Kamer 1993-1994, 23612, nr. 1, p. 5).
Vragen en/of onderzoek naar HIV antistoffen, naar erfelijke aanleg en (voorgenomen) zwangerschap kunnen geen onderdeel zijn van een aanstellingskeuring.

De opdrachtgever is verantwoordelijk voor een goede procedure en de kosten van de keuring. Voor de adequate uitvoering is de keurend arts verantwoordelijk.

2.4. Informatie
De keurling dient tijdig voor de aanvang van de aanstellingskeuring schriftelijk informatie te ontvangen over doel en inhoud van de keuring, alsmede over de procedure en het tijdpad.
toelichting: De keurling dient daarbij onder meer informatie te krijgen over de relatie tussen de inhoud van de keuring en de voor de functie relevante informatie over de verhouding tussen belasting en belastbaarheid, over de mogelijkheid voor herkeuring, en over het eventuele gebruik van de gegevens in het kader van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding. De keurling wordt in de gelegenheid gesteld informatie te ontvangen over de medische eisen die aan de functie worden gesteld.
De opdrachtgever dient er voor zorg te dragen dat de keurling de gelegenheid krijgt de betreffende informatie te ontvangen.

De keurling dient de keurend arts naar beste weten de inlichtingen te geven en de medewerking te verlenen die deze redelijkerwijs voor de beoordeling van de medische geschiktheid voor de functie behoeft.
toelichting: Ten einde aan dit vereiste te voldoen, dient de keurend arts te beschikken over een opdracht die strookt met het bepaalde in het protocol en te handelen binnen de grenzen van dat protocol en zijn/haar beroepscode.

De keurend arts mag informatie, voor zover relevant voor de aanstellingskeuring, slechts bij derden opvragen na gerichte toestemming van de keurling.
toelichting: Voor het vragen van medische informatie dient er gerichte toestemming van de keurling te zijn, evenals voor het verstrekken van deze informatie (conform de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens).

De keurling heeft het recht als eerste geïnformeerd te worden over de uitslag van de aanstellingskeuring.
toelichting: Door als eerste van de uitslag kennis te nemen kan de keurling beslissen of de opdrachtgever in kennis gesteld mag worden van de uitslag van de keuring. Deze norm is reeds in de (tucht)rechtspraak alsmede in artikel 7:464 tweede lid van de WGBO te vinden. Indien de keurling beslist dat de opdrachtgever niet in kennis mag

worden gesteld van de gevolgtrekking van de keuring, brengt de redelijkheid met zich mee dat de keurling het initiatief neemt om de opdrachtgever binnen een termijn van een week in kennis te stellen van zijn/haar beslissing.
Indien bij toeval tot dan toe onbekende aandoeningen of afwijkingen worden geconstateerd dient de keurend arts er voor te zorgen dat de keurling hierover op adequate wijze wordt geïnformeerd, opdat verdere diagnostiek en behandeling in de curatieve sector kan plaatsvinden. In uitzonderingsgevallen kan voor het overbrengen van de betreffende informatie de huisarts ingeschakeld worden.

2.5. Rapportage en verslaglegging
De keurend arts richt een dossier in met betrekking tot de aanstellingskeuring. Hierin dienen de bevindingen en de gevolgtrekking van de keuring op een inzichtelijke en heldere wijze schriftelijk te worden vastgelegd.

De gevolgtrekking van de aanstellingskeuring kan inhouden:
een positieve uitslag;
een positieve uitslag onder bepaalde beperkingen;
een negatieve uitslag.
toelichting: Onder positieve uitslag wordt verstaan dat er geen medische bezwaren tegen aanstelling van de keurling in de functie zijn. Onder een positieve uitslag onder bepaalde beperkingen wordt verstaan dat er geen medische bezwaren tegen aanstelling van de keurling zijn mits bepaalde maatregelen worden getroffen. Onder een negatieve uitslag wordt verstaan dat er medische bezwaren tegen aanstelling van de keurling in de functie zijn.

Indien de medische gegevens tijdens de aanstellingskeuring niet volledig zijn kan de uitslag voor een periode van uiterlijk 4 weken worden aangehouden, teneinde nader onderzoek te doen of aanvullende gegevens te ontvangen.
toelichting: Er kunnen zich situaties voordoen waarbij de keurend arts nog niet tot een gevolgtrekking kan komen. In de eerste plaats kunnen bepaalde uitslagen of opgevraagde relevante gegevens nog niet ontvangen zijn. Ook kan er sprake zijn van tijdelijke omstandigheden die de uitslag van de aanstellingskeuring beïnvloeden. Ten slotte kan de keurend arts niet zeker zijn van zijn bevindingen inzake de aanstellingskeuring, en een andere arts om een second opinion vragen. Er is dan geen sprake van een herkeuring.
Noch de keurend arts, noch de keurling kan verplicht worden de opdrachtgever informatie te verstrekken over de reden van het aanhouden van de keuringsuitslag.

Rapportage aan de opdrachtgever bevat alleen de gevolgtrekking van de aanstellingskeuring en kan alleen plaatsvinden na toestemming van de keurling.

Nadat de totale sollicitatieprocedure is afgerond, dient het medisch dossier betreffende de aanstellingskeuring te worden vernietigd, indien niet tot aanstelling wordt overgegaan.
toelichting: Voor medische gegevens geldt een algemene wettelijke bewaartermijn van tien jaar. Voor in het kader van een keuring verkregen gegevens wordt zowel in de KNMG gedragsregels II.13 als in de WGBO artikel 7:464 lid 2 aangegeven dat de gegevens slechts bewaard worden zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van de keuring.
Indien na een aanstellingskeuring of herkeuring de sollicitatieprocedure is afgerond en er niet tot aanstelling wordt overgegaan heeft het geen nut de (her)keuringsgegevens

te bewaren. De keurling zal van de voorgenomen vernietiging op de hoogte worden gesteld; dit kan geschieden bij de informatieverstrekking die voorafgaand aan de keuring plaats vindt (zie 2.4.1.). De keurling kan tegen deze voorgenomen vernietiging bezwaar maken en eventueel aangeven aan wie de gegevens ter beschikking moeten worden gesteld.
Indien wel tot aanstelling wordt overgegaan mogen gegevens na toestemming van de keurling ter beschikking worden gesteld van de bedrijfsarts (zie ook 2.2.1. toelichting over nulmeting in het kader van de bedrijfsgeneeskundige begeleiding). Aan de keurling kan toestemming worden gevraagd om de keuringsgegevens voor wetenschappelijk onderzoek te gebruiken.

2.6. Inzage
De keurend arts verstrekt aan de keurling desgevraagd zo spoedig mogelijk inzage in en afschrift van het dossier, bevattende de stukken die betrekking hebben op de totstandkoming van de keuringsbeslissing.

De keurend arts mag zonder gerichte toestemming van de keurling geen inlichtingen aan derden (inclusief de opdrachtgever) over de keurling verstrekken.
toelichting: Beide hierboven genoemde normen zijn ontleend aan de WGBO en de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (1992, KNMG).

2.7. Herkeuring
Bij een negatieve uitslag of een positieve uitslag onder bepaalde beperkingen dient de keurling de mogelijkheid te worden geboden zich terug te trekken of een herkeuring aan te vragen alvorens rapportage aan de werkgever plaatsvindt.

De keurling heeft recht op een onafhankelijke herkeuring.
toelichting: De keuze van de herkeurend arts komt tot stand in overleg met de keurling. Gedacht kan worden aan een pool van herkeurend artsen waar de keurling een keuze uit kan maken.
De opdrachtgever is verantwoordelijk voor een goede procedure en de kosten van de herkeuring. Voor de adequate uitvoering is de keurend arts verantwoordelijk.
toelichting: Voor de vergoeding van de kosten voor de herkeuring zal een procedure moeten worden gevonden zodat niet herleidbaar is bij welke keurling de herkeuring heeft plaats gevonden.

De uitslag van de herkeuring is bindend en de keurling wordt als eerste geïnformeerd alvorens de uitslag aan de opdrachtgever wordt medegedeeld door de keurend arts.
toelichting: Door als eerste geïnformeerd te worden kan de keurling beslissen of de opdrachtgever in kennis gesteld mag worden van de uitslag van de herkeuring.
Op de herkeuring zijn overigens de artikelen 2.1. tot en met 2.6. en 2.8. van dit protocol van toepassing.

2.8. Klachtenprocedure
Organisaties van werkgevers, werknemers, patiënten/consumenten en artsen zullen voor 1 januari 1996 een onafhankelijke klachtenprocedure in het leven roepen.
toelichting: Tijdens de conferentie 'aanstellingskeuringen' is door het merendeel van de vertegenwoordigers van betrokken organisaties de voorkeur uitgesproken voor het ontwikkelen van een klachtenprocedure uitgaande van een combinatie van een ondersteunings- of ombudsfunctie en klachtenbehandeling zonder bindende uitspraak. Bij de uitwerking bestaat er een voorkeur voor regionale onafhankelijke

klachtencommissies met waarborgen voor een landelijke registratie en coördinatie. De begeleidingscommissie van het project aanstellingskeuringen zal de nadere ontwikkeling en uitwerking ter hand nemen.

Bijlage 3

Methodiek

3.1. Verantwoording werkgevers onderzoek naar aanstellingskeuringen

De gegevens van 1001 werkgevers zijn verzameld met medewerking van veldwerkbureau Intomart die de telefonisch enquêtes uitvoerde. Deze gesprekken zijn gevoerd met representanten van bedrijven, voorzover dit geen éénmansbedrijven waren.
Deze representanten zijn voor het merendeel werkzaam op de afdeling personeelszaken. Bij kleine bedrijven waar een dergelijke afdeling ontbrak, is het gesprek gevoerd met iemand van de bedrijfsleiding. In het vervolg wordt kortheidshalve over 'bedrijven' gesproken als verwezen wordt naar deze bedrijfsrepresentanten.
De bedrijven die voor een gesprek werden benaderd, zijn zodanig gekozen dat voor zes bedrijfssectoren en drie bedrijfsgrootten een gelijkmatige verdeling van aantallen bedrijven werd bereikt. Dat komt in de praktijk neer op een celvulling van rond de 50 tot 60 bedrijven voor elke combinatie van bedrijfssector en grootteklasse. Het gaat om de volgende sectoren: industrie, bouwnijverheid, handel en horeca, zakelijke dienstverlening en de quartaire sector. Voor elke sector zijn er bedrijven gekozen met 2 tot 10 werknemers, 10 tot 100 werknemers en bedrijven met 100 en meer werknemers. Bij de sector landbouw zijn alleen de eerste twee grootteklassen beschikbaar.
Door deze samenstelling van de onderzoeksgroep wordt bij analyses een goede afspiegeling van uiteenlopende sectoren en bedrijfsgroottes bereikt. Zo wordt voorkomen dat de resultaten al te zeer worden beïnvloed door de ervaringen en opvattingen van een klein aantal bedrijven binnen een bepaalde sector en grootteklasse.

Om te bezien hoe "Nederlandse bedrijven" reageren op de gestelde vragen is het noodzakelijk om een wegingprocedure toe te passen die de resultaten representatief laat zijn voor de werkelijke verdeling van sectoren en bedrijfsgrootten in Nederland. Deze wegingprocedure komt neer op vermenigvuldiging van gevonden resultaten met een factor die aangeeft hoe het aantal ondervraagde bedrijven zich verhoudt tot het werkelijk aantal. Door terugrekening van dit aantal naar het aantal van 1001 bedrijven, kunnen de na weging gevonden verschillen op statistische significantie getoetst worden. De p-waarde van de gevonden chi-kwadraat (weergegeven als "p-Chi^2") wordt in de tabellen vermeld. De getallen in de tabellen geven percentages weer. Wanneer de sector van het bedrijf als invalshoek wordt genomen, moet er rekening mee worden gehouden dat de sectoren verschillen in de samenstelling van grotere en kleinere bedrijven. Als bedrijfsomvang van invloed is, doet die invloed zich dus ook gelden via de sector van het bedrijf.

3.2. Verantwoording bedrijfsartsenonderzoek

In totaal zijn 1789 bedrijfsartsen benaderd met een postenquête. Alle in Nederland verblijvende leden van Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) zijn aangeschreven. De NVAB had op dat moment iets meer dan 2000 leden. De NVAB[157] schat dat 300 daarvan belangstellend lid zijn (niet als bedrijfsarts werkzaam) en dat circa 90% van de in Nederland geregistreerde bedrijfsartsen lid is.[158]
De bedrijfsartsen ontvingen een invulformulier, twee vragenlijsten en een begeleidend schrijven, waarin het doel en de opzet van het onderzoek werden toegelicht. Eind juni werd aan alle bedrijfsartsen een herinneringsbrief gestuurd.
Invulling van een vragenlijst werd alleen gevraagd van hen die op dat moment werkzaam waren als bedrijfsarts. In dat geval was er de keuze of men een vragenlijst moest invullen voor bedrijfsartsen die na 1 januari 1998 *geen* aanstellingskeuring hadden verricht of een lijst voor hen die vanaf die datum nog *wel* een aanstellingskeuring hadden verricht. In totaal stuurde 40% van de aangeschreven bedrijfsartsen de vragenlijst terug.
De respons van de bedrijfsartsen In totaal hebben 211 bedrijfsartsen een vragenlijst ingevuld die bedoeld is voor artsen die vanaf januari 1998 geen ervaring hadden met aanstellingskeuringen. Van deze 211 artsen hebben 181 bedrijfsartsen (85%) vóór 1 januari 1998 wél keuringen uitgevoerd. Degenen die geen eerdere ervaring met aanstellingskeuringen hebben zijn voor tweederde bedrijfsartsen die pas maximaal vijf jaar als bedrijfsarts werkzaam zijn. De meer ervaren bedrijfsartsen onder de respondenten hebben dus vrijwel allen in het verleden aanstellingskeuringen verricht.

Overzicht 1 Respons benadering bedrijfsartsen

aangeschreven	1798	
niet werkzaam als bedrijfsarts	145	
Doelpopulatie	1653	100%
vragenlijst 'geen ervaring met keuring na 1998	211	13%
vragenlijst' wel ervaring met keuring na 1998	442	27%
respons	653	40%

In totaal 442 artsen die na 1 januari 1998 minstens één aanstellingskeuring hebben verricht, stuurden een ingevulde vragenlijst op. Dit is een groot aantal in vergelijking met het aantal artsen dat niet keurde na 1998 en een vragenlijst toezond. Bovendien bleken de artsen zonder recente ervaring met aanstellingskeuringen, voor het overgrote deel vóór 1 januari 1998 wél aanstellingskeuringen te hebben verricht. Dit doet vermoeden dat artsen die weinig tot geen ervaring met aanstellingskeuringen hadden, oververtegenwoordigd zijn in de non-respons.

Overwegingen ten aanzien van de respons

Op zich is een responscijfer van 40% voor het verkrijgen van een betrouwbaar beeld van wat er aan meningen en ervaringen in de doelpopulatie bestaat, aan de lage kant. In het navolgende wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de verkregen antwoorden al dan niet indicatief kunnen zijn voor het handelen en denken in de doelpopulatie. Daarvoor worden bepaalde aannamen gemaakt over redenen van (non-) respons.

157 Mondelinge mededeling van het secretariaat van het NVAB

158 De meest recente cijfers van het CBS (op ons verzoek door het CBS verstrekt) geven aan dat in 1998 bij de arbodiensten in Nederland in totaal 2.138 bedrijfsartsen en overige artsen in dienst waren. Dat zou betekenen dat met de benaderde leden van de NVAB minimaal 85% van de actieve bedrijfsartsen in Nederland is benaderd.

Het overgrote deel van de vragenlijsten blijkt afkomstig van artsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten of daarmee na 1998 gestopt zijn maar daarvoor wel keuringen verrichtten. Aangenomen wordt daarom dat vooral artsen die in hun praktijk met aanstellingskeuringen en de werking van de WMK te maken hadden, zich aangesproken voelden door het onderzoek. Op grond hiervan wordt aangenomen dat de niet responderende bedrijfsartsen voor een belangrijk deel geen bemoeienis met aanstellingskeuringen hebben of hadden en dat zij dus werken en werkten voor sectoren waarbinnen geen aanstellingskeuringen verricht worden. Verondersteld wordt dan ook dat zowel door het grote aantal bedrijfsartsen dat een vragenlijst invulde als de veronderstelde betrokkenheid van de bedrijfsartsen bij het onderwerp van het onderzoek, de gegeven opinies en hun interpretatie van feiten en ontwikkelingen een redelijk betrouwbaar beeld opleveren van de praktijk van het keuren.
Als het gaat om de berekening van het totaal aantal gekeurde personen in een bepaalde tijdsperiode in Nederland, moeten de gevonden cijfers opgehoogd worden in verhouding tot de non-respons. Daarbij moet dan rekening worden gehouden met het aantal keuringen per bedrijfsarts in de niet responderende groep bedrijfsartsen. Daarnaast geldt dat niet alle bedrijfsartsen lid zijn van de NVAB. Om hiervoor te corrigeren worden marges aangegeven waarin rekening wordt gehouden met de non-respons, keurende artsen die geen lid zijn van de NVAB en de eventuele non-respons onder een groep artsen die relatief veel aanstellingskeuringen verricht.

Achtergrond van de bedrijfsartsen
Een aantal achtergrondkenmerken van keurende en niet (meer) keurende bedrijfsartsen is met elkaar vergeleken. Artsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten, verschillen qua gemeten achtergrondkenmerken niet veel van hun niet (meer) keurende collega's. Bedrijfsartsen die na 1998 aanstellingskeuringen verrichtten, zijn gemiddeld 2 jaar jonger en iets korter werkzaam als bedrijfsarts. Verder werken ze minder vaak voor één werkgever als klant (15% versus 27%) De conclusie is dat er geen sprake is van een apart profiel van dé keurende arts. Interviews bij arbodiensten laten zien dat inderdaad alle bedrijfsartsen in principe keuren voor hun eigen klanten (=werkgevers), hoewel er voor sommige beroepen speciale keurings-artsen zijn.

3.3. Bronnen voor schatting van aantal aanstellingskeuringen
Hieronder worden de belangrijkste bronnen genoemd waarop schattingen (hoofdstuk 2) zijn gebaseerd.

1. *Op basis van het onderzoek onder werkgevers in Nederland: representatieve Intomart steekproef met bedrijven met twee of meer werknemers (onderhavig onderzoek).*

   - In 2000 antwoordt 7,8% van de bedrijven 'ja' op de vraag:
     "Als u nieuw personeel aanneemt, behoort een medische keuring dan tot de normale sollicitatieprocedure*?".*
     - dit was 9% in 1999 (Koehler en Spijkerboer, 1999);
     - beperkt tot keuringen uitgevoerd door een arts is het 5,0% van de bedrijven;.
     - had men daadwerkelijk personeel aangenomen dan is het 3,9% en nam men geen personeel aan dan is het 15,7%.
   - In 2000 antwoordt 11,9% van de bedrijven 'ja' op de vraag:
     "Heeft uw bedrijf (bedrijfsvestiging) functies die bijzondere eisen stellen aan de

medische geschiktheid, waarbij een aanstellingskeuring onderdeel uitmaakt van een sollicitatieprocedure?"
    - de bedrijven die op de tweede vraag 'ja ' antwoordden zijn maar gedeeltelijk dezelfde als die op de eerste vraag 'ja' antwoordden;
    - de tweede vraag lijkt een betrouwbaarder beeld van het aantal keurende bedrijven in Nederland op te leveren.
- In 2000 stelt 39,2% van de bedrijven bij een sollicitatie vragen over de gezondheid van de betrokkene en 23,9% een vraag over eerder ziekteverzuim; bij 2,4% van de bedrijven wordt een gezondheidsverklaring gevraagd;.
    - als een optelling wordt gemaakt van de hiervoor genoemde methoden om iets van de gezondheid van een sollicitant te weten te komen, dan blijkt 46,3% van de bedrijven één of meer van dergelijke methoden te gebruiken;
    - in 2000 liet 42% van de bedrijven een medische keuring verrichten en/of stelde de sollicitant een vraag naar de gezondheid; in 1998 was dit 44% en een jaar later 49% (Berendsen e.a., 1998; Koehler en Spijkerboer, 1999).

2. *Op basis van onderzoek van de Arbeidsinspectie over oktober 1998 – februari 1999: een steekproef van 1391 bedrijven met minimaal 5 werknemers en zonder overheid en semi-overheid (Vries en Sardjoe, 1999).*

    - Eind 1998 liet een kwart van de bedrijven een aanstellingskeuring verrichten en/of men stelde vragen over de gezondheid van de sollicitant;
    - Eind 1998 liet 12% van de bedrijven alleen aanstellingskeuringen verrichten bij het aantrekken van nieuw personeel;
        - bij 9% als standaardprocedure en bij 3% 'hangt het er van af';
        - in 1998 zijn gemiddeld 7 werknemers aangetrokken; bij 9% heeft een aanstellingkeuring plaatsgevonden;
        - gegeven de 800.000 (vervulde) vacatures in 1998 landelijk, zou dit bij een representatieve steekproef inhouden dat 72.000 sollicitanten in Nederland in 1998 gekeurd werden. Door het ontbreken van vooral de bedrijven met 2 tot 5 werknemers moet dit aantal naar beneden worden bijgesteld.

3. *Op basis van onderhavig onderzoek onder 441 bedrijfsartsen/leden van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB).*

    - In 1998 zijn door 441 artsen in totaal 19.641 aanstellingskeuringen verricht;
    - In 1999 ligt dit aantal bij dezelfde artsen op 18.706;
    - Op basis van deze gegevens en met correctie voor non-respons (vooral onder 'veel' keurders, zoals bij het leger) komt de schatting voor 1999 van het aantal aanstellingskeuringen in Nederland uit op tussen de 30.000 en 70.000;
    - Een schatting die voor het jaar 1987 ooit werd gemaakt, kwam uit op 334.461 aanstellingskeuringen (Lourijsen e.a, 1993). Een zo ver perspectief laat zien wat er in Nederland in de jaren op het terrein van aanstellingskeuringen veranderd is: een vermindering in de orde van factor acht!

4. *Op basis van het werkgeverspanel van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid: bedrijven met twee of meer werknemers (Deursen e.a., 1998 en 2000; SZW, 2000).*

   - In 1997 zou 36% van de bedrijven bij het aantrekken van personeel een keuring laten verrichten en 6% zou dat laten afhangen van de omstandigheid;
     - in 1999 zou 17% van de bedrijven keuren en 13% dat laten afhangen van de omstandigheden;
     - in 2000 zou 13% van de bedrijven keuren en 12% dat laten afhangen van de omstandigheden;
     - in 2000 is die keuring bij 44% van de bedrijven een aanstellingskeuring door een arts, bij 30% een gezondheidsverklaring en bij 25% een keuring of gezondheidsverklaring.
   - In 1998 is bij 5,5% van de bedrijven bij de feitelijke aanname van personeel een aanstellingskeuring aan de orde geweest; in 1999 is dit eveneens 5,5%.

5. *Patiëntenpanel Chronisch Zieken van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL): een representatieve steekproef onder chronisch zieken (niet gepubliceerd).*

   - Binnen het opgebouwde bestand van bijna 2500 chronisch zieken vonden 81 personen tussen oktober 1998 en oktober 1999 een (nieuwe) werkkring;
   - Van hen werd 7% medisch gekeurd en werd 32% tijdens de sollicitatie een vraag gesteld over de gezondheid;
   - Van de personen die in de jaren voor oktober 1998 een baan vonden zegt 22% dat hun gezondheid ter sprake is gekomen tijdens sollicitatie voor de huidige functie. Maar liefst 38% heeft een aanstellingskeuring ondergaan bij de huidige functie.

3.4. Vragenlijsten

De vragenlijsten zijn op te vragen bij TNO Arbeid (e.dvos@arbeid.tno.nl).

Bijlage 4

Samenstelling auteurs

TNO Arbeid:
ir. E.L. de Vos (projectleider) *is werkzaam als onderzoeker/adviseur op het terrein van reïntegratie en arbeidsmarkt en de evaluatie van (wettelijke) maatregelen in het sociale domein.*

dr. A.M. Kremer *is werkzaam als arts-onderzoeker/adviseur op het terrein van chronische ziekten en arbeid.*

drs. F.M. Andries *is werkzaam als onderzoeker/adviseur op het terrein van chronische ziekten en arbeid*.

UvA, Hugo Sinzheimer Instituut :
mr. M. Westerveld
is werkzaam als senior onderzoeker arbeids- en sociale zekerheidsrecht.

drs. M. Aerts
is werkzaam als onderzoeker arbeids- en sociale zekerheidsrecht.

Bijlage 5

Samenstelling Begeleidingscommissie

Leden
Prof. dr. O.J.S. Buruma (voorzitter)
Mr. R.M. Haas-Berger
Dr. C.T.J. Hulshof
Mr. L.F. Markenstein
Mr. M.M. Wewer

Secretaris
Mr. dr. A.C. Hendriks (ZON MW)

Waarnemers
Drs. B.N. Groot (ministerie van SZW)
Ing. drs. H. van der Stelt (ministerie van SZW)
Mr. ir. J.R. Storm (ministerie van VWS)

Externe deskundigen
Prof. mr. J.K.M. Gevers [159]
Prof. dr. J.H.B.M. Willems [160]
Drs. C.W.J. Wevers, arts

159 (Juridische aspecten)

160 (Empirische aspecten aanstellingskeuringen)

Bijlage 6

Samenstelling Commissie evaluatie regelgeving

Leden
Prof. dr. H.J.J. Leenen (voorzitter)
Prof. dr. O.J.S. Buruma (vice-voorzitter)
Mr. C.A. de Goede
Mr. drs. A.P. van Gurp
Mr. M.R. Haas-Berger (tot september 2000)
Prof. dr. J. Pool
Mr. W. P. Rijksen
Drs. R.L.J.M. Scheerder
Mr. L.J.H.H.M. Vandeputte-Niemegeers (per 1 april 2001)
Prof. dr. G. van der Wal

Waarnemers
Mr. P.W.H.M. Francissen (ministerie van VWS)
Dr. ir. J.O. de Boer (NWO)

Bureau ZON MW
Mr. dr. A.C. Hendriks (programmasecretaris)
Mr. M.D. van Steekelenburg (programmasecretaris - per 1 juni 2001)
M. Slijper, MPH (programma-assistent)
G. van Gorkum (programmasecretaresse)