

De vaste Commissie voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, in welker handen het onderhavige wetsontwerp is gesteld, maakte op 1 maart 1966 dank zij de medewerking van de parlementaire pers — waarvoor de commissie gaarne haar erkentelijkheid betuigt — openbaar, dat zij voornemens was alle organisaties en instellingen naar aanleiding van het onderhavige wetsontwerp in gehoor te ontvangen, die vóór 24 maart 1966 kenbaar zouden maken daarop prijs te stellen. Een aanzienlijk aantal organisaties gaf van zodanig verlangen blijk. De „hearings” vonden plaats op 5 april en 17 mei 1966.

De commissie spreekt gaarne haar dankbaarheid uit jegens alle organisaties, die op de hierboven omschreven wijzen hebben willen bijdragen tot de verbreding en verdieping van haar inzichten met betrekking tot de onderhavige materie.

Omtrent het voorliggend ontwerp heeft de commissie de eer als volgt te rapporteren.

Algemeen

Algemeen gaf men blijk van zijn grote waardering voor de spoedige indiening van dit wetsontwerp.

Ook het feiten- en cijfermateriaal, zowel uit eigen land als uit andere landen afkomstig, werd zeer op prijs gesteld.

Hoewel het hier gaat om een groep „belanghebbenden” welke betrekkelijk klein is, zijn de nood en het leed juist voor hen zeer groot. Ook moet de moeilijke situatie, waarin de gezinnen van betrokkenen veelal verkeren niet uit het oog verloren worden.

Aanvaarding van dit wetsontwerp zal het mogelijk maken de zeer zware lasten, die ten gevolge van langdurige ziekte en gebreken op iedereen kunnen komen drukken, te dragen; voorts kan dit wetsontwerp in belangrijke mate bijdragen tot uitbreiding en verbetering van voorzieningen op het brede terrein van de sociale verzekering en de volksgezondheid.

Vele leden onderschreven de motiveringen, zoals die o.m. zijn weergegeven op blz. 8, linkerkolom van de memorie van toelichting. Ook konden zij zich ermee verenigen, dat voor de financiële grondslag is gekozen voor een voorziening, die het karakter heeft van een sociale verzekering.

Ten slotte achtten zij het juist, dat de bewindslieden hierbij aansluiting hebben gezocht bij die verzekering i.c. de ziekenfondsverzekering, die reeds in belangrijke mate deze geneeskundige risico's dekt. Daarbij rees wel de vraag of de wijze waarop die aansluiting is verkregen, geheel juist is. In het vervolg van dit verslag zouden zij nader op deze vraag terugkomen.

Met dit wetsontwerp is de gehele ziektekostendeckking aan de orde gesteld. Zouden de bewindslieden kunnen aangeven, zo vroegen verschillende andere leden, hoe zij zich idealiter en misschien op langere termijn gezien de ziektekostendeckking van ons volk en de verschillende categorieën daarin voorstellen?

Een indeling in zware en lichte *geneeskundige* risico's lijkt niet wel hanteerbaar, zo werd opgemerkt. Er zijn immers zeer zware geneeskundige risico's, die zelfs in korte tijd tot de dood kunnen leiden, maar die reeds thans door de bestaande verzekeringen volledig worden gedekt. Anderzijds zijn er aandoeningen,

die een stationair karakter hebben en geen geneeskundig risico meer vormen, maar die een langdurige, misschien levenslange verpleging met zich mee brengen, waarin de bestaande verzekeringen nog niet voorzien. In verband hiermede, maar meer nog om psychologische redenen, werd de vraag gesteld of de naam van de wet wel juist is. Zouden de bewindslieden bereid zijn een wijziging aan te brengen in de naam, zodat deze b.v. komt te luiden „Algemene Wet Ziekteverzorging” of „Algemene Wet Ziektekostenverzekering”, of een andere neutrale naam, zoals bepleit is in de brief van 22 mei 1964 van de Nederlandse Centrale voor gebrekkigenzorg (thans revalidatie) aan de Minister (memorie van toelichting blz. 2, rechterkolom)?

In dit verband werd ook verwezen naar de passage in het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, waar deze betoogde, dat een andere naam voor de volksverzekering zou dienen te worden gevonden (memorie van toelichting blz. 4, rechterkolom).

Achttien de bewindslieden het mogelijk dit voorstel — zo het tot wet verheven wordt — per 1 januari 1967 in te voeren, zo informeerden verscheidene leden. Kunnen op dat tijdstip alle uitvoeringsbeschikkingen gereed zijn?

Het wetsontwerp beweegt zich, zo meenden verschillende leden, op een terrein dat dicht in de buurt ligt van de ziekenfondsverzekering, en terecht heeft de Minister dan ook op tal van punten aansluiting gezocht bij het bestaande systeem van die wet. Dit heeft natuurlijk belangrijke voordelen. Er mag echter niet uit het oog verloren worden, dat het ontwerp ook terreinen bestrijkt waar het ziekenfonds tot nu toe niet of nauwelijks bemoeiing mee had. Gedacht werd met name aan de zorg voor de jeugdige geestelijk en lichamelijk gehandicapte in inrichtingen, waar de medische behandeling en verpleging slechts een onderdeel vormt van de gehele zorg voor het gehandicapte kind. Bij deze zorg hebben de opvoeders, de psychologen en de onderwijzers, een even belangrijke of belangrijker functie als de medicus.

De vraag rees hoe bij de Ziekenfondsraad, de Gemeenschappelijke medische dienst, de Volksgezondheidsinspecties en de overige instanties, die bij het beleid inzake de uitvoering en toepassing van de wet betrokken zijn, de hierbedoelde specifieke deskundigheid voldoende tot haar recht zal komen. Later in dit verslag zou op een en ander worden teruggekomen.

Het al of niet direct opnemen van extra-murale voorzieningen in het verstrekkingenpakket

In de memorie van toelichting stelden de bewindslieden bij herhaling de revalidatie in zeer ruime zin centraal. Vele leden zouden een duidelijke omschrijving van dit begrip en met name ook een duidelijker verband met geneeskundige risico's op prijs stellen.

Genoemde revalidatie centraal stellend, verklaarden de bewindslieden zich voorstander van een geleidelijke uitbreiding van het terrein, dat het ontwerp bestrijkt. Als uitgangspunt namen zij de intra-murale voorzieningen in verpleegtehuizen en in inrichtingen voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten. Daarmee is t.a.v. de ontwikkelingsmogelijkheden prioriteit toegekend aan intra-murale voorzieningen in een tijd, waarin steeds meer waarde wordt toegekend — uit dat zelfde oogpunt van revalidatie, dat in het wetsvoorstel centraal wordt gesteld — aan extra-murale voorzieningen.

De moderne therapeutische inzichten zijn er juist op gericht de gehandicapte, zo enigszins mogelijk in zijn eigen omgeving te laten, zo merkte een groot aantal leden op.

Voor vele andere leden stond het eigenlijk wel vast — en zij meenden ook wel voor de bewindslieden (zie memorie van toelichting, blz. 14, linkerkolom) —, dat men zich nu of in de naaste toekomst niet kan beperken tot alleen de intra-murale voorzieningen.

Vele leden vroegen zich af, of door het voorgenomen beleid niet de kans zou ontstaan op een onevenwichtige groei

in het voorzieningenpatroon en op een aanzuigende werking naar erkende inrichtingen.

Vele andere leden voegden hier de vraag aan toe, of het reeds bestaande tekort aan bedden niet nog zou toenemen en een onnodige kostenverzwaring zou optreden.

Zal, zo vroegen verschillende leden, die het hierboven betoogde onderschreven, het voorstel van de bewindslieden niet in de hand werken, dat chronische patiënten meer dan tot nu toe het geval is zo spoedig mogelijk in een inrichting worden „weggestopt”? Vaak is er voor deze patiënten, die moeilijk thuis kunnen worden verpleegd, helaas geen andere oplossing dan opname in een inrichting. Maar, zo betoogden deze leden, tussen moeilijk en onmogelijk bestaat nog een groot verschil. In dit verband wezen zij erop dat met name de instelling van de huisgenoten een voorname factor was. Wanneer deze bereid zijn hun deel in de taak te leveren, b.v. met behulp van een verpleegster, zou een weg gevonden moeten worden om de daaraan verbonden kosten voor rekening van de verzekering te brengen.

Deze leden en met hen vele andere leden zouden voorts gaarne vernemen hoe de bewindslieden staan tegenover de suggestie de kosten verbonden aan bepaalde therapeutische handelingen en derhalve additionele kosten bij zware geneeskundige risico's op te nemen in het verzekeringspakket. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan de behandeling in dag-ziekenhuizen, de fysische therapiebehandeling na ontslag uit het verpleegtehuis, de kosten van het hiermee verbonden noodzakelijke vervoer, de behandeling in het kader van de z.g. „six weeks in, six weeks out” programma's en de opname in sluis-internaten.

Wellicht zou met betrekking tot een verzorging thuis bepaald moeten worden hoeveel procent verzorgingsbehoefte de gehandicapte is alvorens een beroep op de wet te mogen doen.

De uitbetaling zou kunnen geschieden via de instantie bij wie degene, die de verzorging op zich heeft genomen, is aangesloten.

De hier aan het woord zijnde verschillende leden gaven de vraag in overweging, wanneer uit financiële overwegingen een zekere geleidelijkheid betracht dient te worden ten aanzien van de omvang van het verstrekkingenpakket van deze nieuwe verzekering — een gedachte die aannemelijk lijkt — of deze noodzakelijke geleidelijkheid dan niet ook via een andere weg gevonden zou kunnen worden. Men zou zich nl. ook kunnen voorstellen dat niet de extra-murale verstrekkingen voorshands geheel achterwege zullen blijven en de intra-murale verstrekking integraal vergoed worden, m^aar dat de verzekering voor beide soorten verstrekkingen aanspraak geeft op voorshands gedeeltelijke vergoeding, b.v. voor de helft of drie kwart; het percentage zou trouwens niet ten aanzien van iedere verstrekking gelijk behoeven te zijn.

Ook verscheidene leden betreurden het — om dezelfde redenen, die vele leden hiervoor hadden genoemd — dat de bewindslieden ervan uitgingen, dat voorzieningen van extra-murale aard pas in de toekomst tot de verstrekkingen zullen gaan behoren. Zij waren bevreemd, dat het evenwicht tussen opname en thuisverpleging door het wetsontwerp in de huidige vorm doorbroken zal worden.

Bovendien waren zij van mening, dat de thuisverpleging voor vele patiënten van zo groot belang kon zijn, dat zij althans deze extra-murale voorziening in ieder geval in het wetsontwerp zouden willen zien opgenomen en wel zodanig, dat de kosten daaraan verbonden direct en niet pas na een jaar worden vergoed.

In de memorie van toelichting op blz. 17, onder 5e, wordt aangeduid, dat er bij de revalidatie — zoals in het wetsontwerp gehanteerd en centraal gesteld — sprake is van een multi-disciplinaire aanpak. Het had vele leden bevreemd, dat er in het wetsontwerp niet sprake is van een multi-disciplinaire inspectie, een multi-disciplinaire controle en een multi-disciplinaire advisering t.a.v. het erkennenbeleid. Hoe denken de

bewindslieden te voorkomen, dat bij de inspectie en bij het erkenningenbeleid louter medische criteria worden aangelegd t.a.v. voorzieningen waar soms veel meer pedagogische e.a. criteria bepalend moeten zijn?

In dit verband vroegen genoemde vele leden zich ook af, waarom het wetsontwerp — gezien de multi-disciplinaire aanpak — niet mede is ondertekend door bewindslieden, bij wier departement disciplines zijn ondergebracht, die op dit brede revalidatieterrein een rol spelen. Hierbij werd met name aan de Ministeries van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en van Onderwijs en Wetenschappen gedacht.

Verschillende andere leden zouden gaarne vernemen, welke extra-murale verstrekingen in verband met de revalidatie door dit wetsontwerp reeds mogelijk worden. Hoe zal op dit punt de coördinatie zijn met de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering (W.A.O.). In het bijzonder als deze laatstgenoemde wet ook in een volksverzekering zal worden omgezet, is deze coördinatie van groot belang.

Aard en omvang van de verstrekingen

Ondanks de uitvoerige uiteenzettingen in de memorie van toelichting is het, mede gezien de veelheid van standpunten, niet eenvoudig een duidelijk inzicht te krijgen in de aard en omvang van de voorzieningen, die onder deze nieuwe wet vallen. Deze onduidelijkheid is mede een gevolg van het feit, dat de omschrijving van de inhoud van het „verstrekkingspakket” niet in het wetsontwerp te vinden is, maar afhankelijk is van de nader vast te stellen algemene maatregelen van bestuur.

Vele leden en met hen een aantal andere leden achtten het gewenst, dat tegenover de duidelijke premiebepaling (nl. 1,6 pct.) een helder inzicht in de te verkrijgen rechten bestaat. Hoezeer zij ook begrip hadden voor een dynamische wijze van wetgeving met behulp van delegatiebevoegdheden, toch dienden naar hun oordeel de grondbeginselen met betrekking tot de te verlenen verstrekingen in de wet verankerd te zijn. Daartoe behoren zeker de rechten, die dit voorstel wil garanderen.

Uit de verschillende adviezen (Centrale Raad voor de Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad, de Sociaal-Economische Raad) komen verschillende vormen van verzekering naar voren. Soms wordt gedacht aan een systeem, waarbij diverse vormen van verpleging en verstrekingen bij een ziekenfonds worden ondergebracht, en andere vormen, met name de verpleegtehuisafdeling van psychiatrische inrichtingen, verpleging in verpleegtehuizen, het verblijf in een zwakzinnigeninrichting of het verblijf in een inrichting voor zintuigelijk gehandicapten bij een volksverzekering. Deze scheiding wordt de verticale scheiding genoemd; anderen bepleiten een z.g. horizontale scheiding, waarbij alle vormen van verpleging voor één jaar bij de ziekenfondsen worden verzekerd, en daarna in de volksverzekering worden opgenomen.

Is het juist, zo informeerden verschillende leden, dat het hierbij in hoofdzaak om een organisatorische kwestie gaat, waarvan de verzekerden zelf — althans zij, die bij een ziekenfonds zijn aangesloten — weinig zullen merken?

Vele leden waren vooralsnog niet overtuigd van de wenselijkheid de ziekenhuisverpleging en de sanatoriumverpleging na een jaar onder te brengen onder de onderhavige wet. Zij constateerden immers, dat deze risico's door de bestaande verzekeringsmogelijkheden (ziekenfonds- en ziektekostenverzekeringen) volledig en voor onbeperkte tijdsduur kunnen worden gedekt; en zij achtten het voorts weinig aantrekkelijk, dat een zelfde behandeling via twee regelingen wordt gefinancierd. In dit verband waren genoemde leden ook bijzonder geïnteresseerd in het oordeel van de bewindslieden op de alternatieve suggesties, gedaan door de Raad voor het Midden- en Kleinbedrijf (Publicatie nr. 1, 1966, Zware Geneeskundige Risico's).

Vele andere leden merkten op, dat de ontwikkeling door een geleidelijke uitbreiding van het pakket in de richting van een meer uitgebreide algemene volksverzekering zou kunnen gaan. In deze gedachtengang zouden deze leden het nu reeds mogelijk willen maken ziekenhuisverpleging vanaf de eerste dag in de verzekering op te nemen. Een gewijzigd tweede lid van artikel 6 zou daarvan de basis kunnen zijn. De hier aan het woord zijnde leden ontveinsden zich niet, dat dan o.m. een bevredigende procedure voor de specialistentarieven moet worden gevonden, en dat de bedoelde verruiming waarschijnlijk een zekere verzwaaring van lasten — en dus van premie voor zelfstandigen — met zich mee zal brengen. In dit verband werd ook nog genoemd het vraagstuk van de kosten van klinisch-specialistische hulp, met name in die ziekenhuizen, die geen all-in tarief hebben.

Het hele systeem van de z.g. overeenkomsten zal toch nader bezien moeten worden. Het kwam deze leden voor, dat de hiergenoemde bezwaren niet geopperd kunnen worden voor wat de behandeling van verpleging van t.b.c.-patiënten in sanatoria betreft; zeker niet wat de specialisten aangaat. Ook de kosten van sanatoriumverpleging (f 20 à 25 mln. per jaar) lijken stellig geen beletsel hier aan een direct en volledig opnemen in de volksverzekering te denken.

Met de ziekenhuisverpleging is overigens maar één van de grote lacunes op dit terrein aangegeven. Met name dienen hier ook genoemd te worden verpleging in verpleegtehuizen, de verzorging van zintuigelijk gehandicapten en die van imbecielen en zware debielen.

Wat betreft de opvatting, dat de ziekenhuisverpleging geheel en blijvend bij de ziektekostenverzekeringinstituten onder gebracht kan worden, merkten de hier betogende vele andere leden op, dat vooral de argumentatie dat voorkomen dient te worden, dat de patiënt onder twee regelingen kan vallen, hun sterk aansprak. Zij onderschreven hetgeen dr. H. Festen in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde van 18 maart jl. opmerkte, dat deze redenering gezien kan worden als een pleidooi om een bepaalde vorm van verzorging volledig in één bepaalde verzekering onder te brengen.

Verscheidene leden en verschillende anderen betuigden hun instemming met de gedachte van de bewindslieden, dat zo min mogelijk, liefst geen, onderscheid gemaakt moet worden in de verzorging van lichamelijke en geestelijke aandoeningen. Daarom dient ook het verzekeren van de verpleging van zowel lichamelijk als geestelijk zieken in algemene of categorale ziekenhuizen na een jaar als juist te worden aanvaard. Is hier sprake van een aaneengesloten jaar of van een „geval”, dat met onderbrekingen een vol jaar verpleegd is of van een kalenderjaar, gedurende hetwelk al of niet met onderbrekingen voor al of niet hetzelfde „geval” verpleging is genoten?

Is het juist dat ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars alle de onbeperkte verpleegduur in hun verplegingsvoorwaarden kennen, met dien verstande, dat voor verpleging in psychiatrische inrichtingen de vergoeding beperkt is tot 365 dagen per ziektegeval.

Van de zijde van de ziektekostenverzekeraars werd de wens naar voren gebracht de werkingsfeer te beperken tot kosten van verpleging in psychiatrische inrichtingen vanaf de 365ste dag per ziektegeval en kosten van verpleging in inrichtingen, bedoeld in de memorie van toelichting, blz. 12, sub b.

Om tussen de particuliere verzekering en de wettelijke verzekering aansluiting te verkrijgen zou kunnen worden bepaald, dat de laatste ingaat na 365 verpleegdagen per ziektegeval, welke 365 dagen niet aaneensluitend behoeven te zijn.

Vele en verscheidene leden zouden het op prijs stellen, indien de bewindslieden hun mening over het bovenstaande wilden geven.

In dit verband vroegen vele andere leden, of het bericht juist was, dat aan een delegatie van de Kontaktcommissie van Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars door de Minister en Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid zou zijn medegedeeld, dat de eerste 365 dagen een aaneengesloten periode moeten vormen, en niet onderbroken

mogen zijn door een kleine operatie of proefverlof bij psychiatrische verpleging, omdat daarna het risico voor de basisverzekering na heropneming van de patiënt opnieuw gaat lopen?

Indien deze vraag bevestigend beantwoord wordt, wilden deze leden reeds thans meedelen tegen deze gang van zaken bezwaar te moeten maken.

Bestaat er een duidelijke grens tussen ziekenhuizen en psychiatrische inrichtingen, tussen psychiatrische inrichtingen en inrichtingen voor geestelijke gehandicapten (zwakzinnigen), tussen ziekenhuizen en revalidatie-inrichtingen, tussen revalidatie-inrichtingen en verpleegtehuizen zo informeerden verschillende leden.

Zal het onderscheid wat betreft het tijdstip van ingang van de verstrekking bij de onderscheiden inrichtingen er niet toe kunnen leiden, dat de keuze van de soort van inrichting mede door financiële motieven bepaald gaat worden? Een uitsluitend horizontale indeling (verpleging na het eerste jaar) zou dit kunnen voorkomen. Een dergelijke indeling spreekt op het eerste gezicht door haar eenvoud meer aan dan het gecompliceerde systeem dat uit de memorie van toelichting naar voren schijnt te komen.

Nu de verpleeginrichtingen reeds gedurende het eerste jaar onder de wet vallen, zou een tendens kunnen ontstaan om patiënten zo spoedig mogelijk daarheen over te brengen, ook al zou een ziekenhuis beter zijn met name b.v. voor een korte observatie vóór de opname in de verpleeginrichting. Hoe denken de bewindslieden deze observatie-opnamen te kunnen bevorderen, zo vroegen verschillende andere leden.

Eerder in dit verslag was reeds gevraagd, hoe de bewindslieden zich op zouden stellen tegenover een eventueel opnemen van een aantal wenselijk geachte verstrekkingen in het verzekeringspakket.

In aansluiting daarop zouden tal van leden gaarne vernemen, hoe de bewindslieden staan tegenover de gedachte om onder de verstrekking ook te laten vallen de opname in B-koloniehuizen, de opname in kleuterdagverblijven, de opname van een valide levenspartner in een verpleegtehuis tezamen met zijn/haar te verplegen echtgenoot.

Zou verder de mogelijkheid, dat de thuis verpleegde langdurige zieke of gehandicapte (bejaarde) voor een korte periode in een verpleegtehuis kan worden opgenomen, onder de verzekering gebracht kunnen worden?

Voor sommige groepen blijkt de mogelijkheid, waar het ontwerp vanuit gaat, nl. dat het — zware — geneeskundige risico voor het eerste jaar kan worden gedekt via ziekenfonds- of ziektekostenverzekering, niet aanwezig te zijn. Een aantal ziektekostenverzekeraars blijkt nl. geestelijk gehandicapte kinderen uit te sluiten voor lichamelijke ziekten. Hoe denken de bewindslieden in deze ernstige lacune te voorzien?

Zou naar de mening van de Minister uitbreiding van het verzekerde object krachtens de A.W.Z. tot alle ziekenhuis-kosten en klinische specialistenhulp consequenties dienen te hebben voor de regeling van de ziektekostenvoorziening voor ambtenaren en, zo ja, welke?

De uitvoering van de wet

De leden, hiervoor omschreven als vele andere, hadden er kennis van genomen, dat de uitvoering van de wet zal worden opgedragen aan o.a. de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars. Dit gaf hun wel aanleiding te vragen welke toelatingscriteria hierbij gehanteerd zullen worden. Hadden de bewindslieden in overweging om bepaalde normen te stellen — hierbij valt te denken aan een minimum aantal verzekerden, de aard en omvang van de verzekering en een redelijk administratief apparaat — waar de ziektekostenverzekeringsinstituten aan dienen te voldoen?

In dit verband herinnerden deze leden aan de eerder in het verslag gemaakte opmerking, dat er ziektekostenverzekeraars zijn, die geestelijk gehandicapte kinderen ook voor lichame-

lijke ziekten en ongevallen uitsluiten, hetgeen voor de ouders van deze kinderen grote geldelijke offers (b.v. in het eerste jaar) meebrengt.

Indien de inschakeling van ziektekostenverzekeraars uit beleidsoverwegingen nodig wordt geoordeeld, dan zal toch duidelijk moeten zijn, dat de door hen geboden verzekeringsmogelijkheden een redelijke dekking bieden.

De leden hier aan het woord dachten, dat het goed was het bovenstaande aan de hand van een voorbeeld nader toe te lichten. Mocht de door deze leden geopperde gedachte van verzekering ziekenhuiskosten vanaf de eerste dag (voorschots) geen werkelijkheid worden, dan zal voor een goede aansluiting moeten worden gezorgd. Dus zullen de indicaties voor behandeling en verpleging in een ziekenhuis zoveel mogelijk gelijk moeten zijn, opdat niet de situatie zich kan voordoen, dat voor een geval dat na een jaar wel onder de wet valt, de kosten voor het eerste jaar niet door een verzekeringsinstituut betaald zijn geworden. Bij een geval als hier bedoeld lijkt bovenbedoelde aansluiting gemakkelijker te bereiken bij de ziekenfondsen dan bij de ziektekostenverzekeraars. De hier aan het woord zijnde leden wilden zelfs niet de schijn op zich laden van discriminatie t.a.v. wie ook, maar wensten wel de grootst mogelijke zekerheid te hebben, dat er „geen gaten vallen”, en dat de zgn. „risicoselectie” uitblijft, hetgeen, naar zij geconstateerd hadden, ook de bewindslieden bewoog (memorie van toelichting blz. 14, rechterkolom).

De uitvoering van de wet dient doelmatig en verantwoord te zijn, en gezien de veelheid van instellingen van ziektekostenverzekering, achtten deze leden de toelatingsnormen van artikel 25, lid 5 te vaag. Om die reden hadden zij enkele suggesties gedaan voor andere criteria.

In de memorie van toelichting (blz. 29 linkerkolom) werd gesteld dat het in de rede ligt de publiekrechtelijke ambtenaren ziektekostenverzekering onder het toezicht van de Ziekenfondsråd te brengen. Wordt hier niet voorbij gegaan aan het publiekrechtelijk karakter van de organen van de I.Z.A. e.d.?

In de toelichting (blz. 15 en 16) waren de mededelingen over het contact met de Minister van Binnenlandse Zaken uitermate summier en vaag. Vele leden zouden het op prijs stellen het oordeel van de genoemde Minister over deze materie te vernemen. Is deze aangelegenheid in de Centrale Commissie voor Georganiseerd Overleg behandeld? Indien deze vraag bevestigd beantwoord wordt, zouden deze leden gaarne worden ingelicht, hoe deze commissie over dit vraagstuk dacht.

De met de medewerkers te sluiten overeenkomsten

In verband met de bepaling in artikel 6, lid 2, inhoudende, dat de verstrekking in elk geval zal omvatten „in een daarbij te bepalen omvang geneeskundige, farmaceutische hulp” wezen zeer velen erop, dat deze bepaling in de praktijk slechts zal kunnen worden gerealiseerd, indien de zekerheid bestaat, dat artsen en apothekers bereid zullen zijn tot het sluiten van overeenkomsten, betrekking hebbende op de honorering van hun diensten, die voor de gehele bevolking gelden.

Hebben de bewindslieden reden om aan te nemen, dat in het kader van deze volksverzekering het maken van afspraken inzake tarieven mogelijk zal blijken, nu dit een voorwaarde is om het voorgestelde systeem te doen functioneren? Tevens zou het door deze leden op prijs gesteld worden iets te vernemen over de criteria welke bij het opstellen van de in dit lid genoemde algemene maatregel van bestuur zullen worden gehanteerd. Verschillende andere leden stelden in dit verband de volgende vragen.

Voor welke verstrekkingen zullen overeenkomsten gesloten moeten worden met specialisten en andere personen en instellingen om geen lacunes te doen ontstaan? Zullen de specialisten b.v. overeenkomsten sluiten met de ziektekostenverzekeraars voor behandeling na het eerste jaar in ziekenhuizen? Zullen specialistische behandelingen gedurende het eerste jaar van

opname in een verpleeghuis, ook voor een andere aandoening dan waarvoor de opname nodig was, door deze wet gedekt worden?

De taak en samenstelling van de Ziekenfondsraad

Eerder in dit verslag was reeds van meer dan een zijde opgemerkt het juist te achten, dat de uitvoering van de verzekering niet alleen door de ziekenfondsen, maar ook door de ziektekostenverzekeraars zal geschieden.

Er is echter sprake van een door de Ziekenfondsraad uit te oefenen toezicht, dat zich niet alleen zal uitstrekken tot een controle op de besteding van de gelden. Is een verdergaand toezicht, b.v. in de zin van de Ziekenfondswet, wel gewettigd, aangezien het om een beperkt aantal patiënten gaat, verdeeld over de vele in te schakelen instellingen?

Moet het voorts wel in overeenstemming met de ontwikkeling van de publiekrechtelijke ziektekostenvoorzieningen worden geacht, dat aan de Ziekenfondsraad bij de uitvoering van de wet zulke vergaande bevoegdheden worden toegekend?

Geeft de bepaling over het opnemen van vertegenwoordigingen wel voldoende zekerheid, dat deze vertegenwoordiging adequaat zal zijn aan de positie van de uitvoerende organen?

Is in artikel 32, lid 1, onder c (Ziekenfondsraad kan regelen stellen betreffende arbeidsvoorwaarden van personeel van o.a. uitvoerende organen), niet voorbijgegaan aan het publiekrechtelijk karakter van deze organen van de I.Z.A. e.d.?

Zijn de Stichting Federatie van Verenigingen van ouders en vrienden van geestelijk en/of lichamelijk gehandicapte kinderen en de Stichting Federatie Sociaal-pedagogische zorg voor zwakzinnigen representatieve organisaties van (natuurlijke en rechts)personen, die meer in het bijzonder zijn betrokken bij het verlenen van verstrekkingen? Zouden deze derhalve, eventueel gezamenlijk ook niet in de Ziekenfondsraad vertegenwoordigd moeten zijn?

Voorts was er voor vele leden aanleiding er nog eens op te wijzen, dat de medewerking van de groeperingen van ziekenhuizen als soortgelijke inrichtingen zowel in de huidige Ziekenfondsraad als in de toekomstige breder samengestelde raad, van groot belang moet worden geacht voor het goed functioneren van die verzekeringen.

Tot slot werd nog de vraag gesteld, of de naam „Ziekenfondsraad“ wel kan worden gehandhaafd.

De geneeskundige controle

Vele leden stonden kritisch tegenover het tot stand brengen van de medische controle via een gemeenschappelijke medische dienst. Reeds bij de behandeling van het — inmiddels wet geworden — wetsontwerp Arbeidsongeschiktheidsverzekering hadden zij — zonder de mogelijkheid te willen uitsluiten, dat de G.M.D. geleidelijk een breder terrein zou krijgen — gewezen op de noodzaak daarbij rekening te houden met de eigen aard van de onderscheiden verzekeringen en de daarbij te verrichten controle.

Hierop in aansluiting wezen deze leden erop, dat het bij de W.A.O. op de eerste plaats gaat om een beoordeling van de gezondheidstoestand van de verzekerde met het oog op zijn arbeidsgeschiktheid en bij het voorliggend ontwerp om een beoordeling van de wijze van genezen en verplegen. Enerzijds dus een beoordeling van de gezondheid, anderzijds een beoordeling van de geneeswijze, terreinen die elkaar moeilijk verdragen en een efficiënte controle bemoeilijken.

In de pers is melding gemaakt van een reorganisatie van de geneeskundige controle door de ziekenfondsen in die zin, dat per inrichting één controlerend geneesheer zal optreden. Indien de bewindslieden streven naar een vereenvoudiging van de controle, zou het dan niet meer in de lijn liggen aansluiting te zoeken bij dit initiatief?

Vele andere leden meenden, dat in het wetsontwerp te veel is uitgegaan van de gedachte, dat ter zake van de controle, ieder uitvoeringsorgaan zelfstandig kan opereren, hoewel

gezien artikel 13 gedacht zou kunnen worden aan vrijwillige samenwerking en afspraken, met inachtneming van bepaalde eisen hetzij van de Regering, hetzij van de Ziekenfondsraad. Toch waren de hier aan het woord zijnde leden beducht dat dit artikel slechts bedoeld is om op te kunnen treden tegen aperte misstanden of verwaarlozing. Zij meenden namelijk dat de controle in een modern stelsel van sociale verzekering niet alleen gericht moet zijn op het voorkomen van het misbruik van (vaak zeer dure) verstrekkingen, maar met name ook hierop dat elke patiënt op de best mogelijke manier wordt behandeld b.v. door revalidatie. Dat vraagt naast grote deskundigheid een intensief contact met behandelende instituten en personen.

Daarom waren deze leden van mening, dat naar ver gaande coördinatie, nog liever naar bundeling in één apparaat gestreefd moet worden. Ook dat zou wellicht een toelatingscriterium, waarover eerder in dit verslag was gesproken, kunnen zijn.

De Minister denkt wat medische controle betreft in fasen. Als eerste fase wil hij de vorming van een medisch orgaan voor ziekenfondsverzekering en zware risico's samen bevorderen, naast een gemeenschappelijke medische dienst voor de uitvoering van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering. Later zou dan het samengaan van beide apparaten aan de orde komen. Hierbij werd ook op de Wet Sociale Werkvoorziening (nr. 8609) (memorie van toelichting blz. 11) gewezen.

In de kringen van de Ziekenfondsraad wordt voorshands gedacht aan verbetering en uitbouw van de bestaande controlediensten van de ziekenfondsen. In een nieuw bestel zou gedacht kunnen worden aan regionale samenwerking, maar tevens aan de vorming van gespecialiseerde landelijke organen voor die verstrekkingen, welke uitgebreide specialistische kennis en ervaring, alsmede contacten over het hele land vereisen. (artikel 15).

Graag zouden deze leden de zienswijze van de bewindslieden in dezen vernemen, waarbij wellicht tevens ingegaan zou kunnen worden op de bezwaren ontwikkeld tegen het samengaan van de medische controle voor de W.A.O., met die voor de A.W.Z., en tegen de samenvoeging van de Ziekenfondscontrole met de controle ingevolge de ziekwet en de W.A.O.

Verwijzende naar hetgeen hierboven reeds over het denkbeeld van het Gezamenlijk Overlegorgaan Ziekenfondsen was opgemerkt, vroegen verschillende andere leden of in dit plan ook gerekend zal worden op de medewerking van de ziektekostenverzekeraars.

Het inschakelen van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, met name ook met het oog op de mogelijkheden van revalidatie, moest aldus deze leden worden nagestreefd. Zouden de bewindslieden hun plannen en de mogelijkheden nader uiteen kunnen zetten? Welke extra-murale verstrekkingen zullen in verband met revalidatie door de wet mogelijk worden? Hoe zal op dit punt de coördinatie met de W.A.O. zijn? En hoe, indien deze laatste in een volksverzekering wordt omgezet?

Voorts werden nog de volgende vragen gesteld:

Zijn de bewindslieden bereid met particuliere organen — welke qua werkingssfeer geen rechtstreekse contacten met het Ministerie onderhouden — uitvoerig over het systeem van de geneeskundige controle van gedachten te wisselen.

Heeft een G.M.D. voor de desbetreffende beoordeling van kinderen en jeugdigen wel zin?

Brengt een samenvoeging van de ziekenfondscontrole met de controle ingevolge de Ziekwet en de Wet Arbeidsongeschiktheidverklaring geen moeilijkheden mee op het gebied van de geheimhoudingsplicht van de behandelende arts?

De erkenning van inrichtingen

Het was tal van leden gebleken, dat er onzekerheid en bezorgdheid bestaan over de vraag om welke inrichtingen het o.a. in artikel 7 gaat.

Het zou door deze leden op prijs worden gesteld, indien de bewindslieden een duidelijke uiteenzetting zouden willen geven over de waarborgen voor de rechtszekerheid die bij dit vraagstuk aan de orde behoren te komen alsmede over de door hen gehanteerde normen.

Kunnen de bewindslieden — en hierbij werd verwezen naar eerder over een aantal van de hiergenoemde instellingen gemaakte opmerkingen — antwoord geven op de vraag of b.v. medische kleuterdagverblijven, B-koloniehuizen, pensionatehuizen voor gehandicapten, revalidatie-inrichtingen, de Stichting „Het Dorp” te Arnhem, de Stichting „Het Haags Mytylvormingscentrum” te zijner tijd wel of niet onder de werking van de wet vallen?

Wat de onder artikel 6, lid 3, bedoelde inrichtingen betreft werd gevraagd of het juist was dat van de zijde van het Ministerie in een gevoerd vooroverleg over deze inrichtingen reeds toezeggingen waren gedaan. Indien deze vraag bevestigend beantwoord werd, zou het dan geen aanbeveling verdienen een en ander duidelijk vast te leggen?

Gaarne zouden deze leden ook het standpunt van de bewindslieden vernemen t.a.v. de stellingname van de Stichting „Het Dorp”, nl. dat instellingen, die aan blijvend lichamelijk gehandicapten een leefgemeenschap met accommodatie voor woning, verzorging, arbeid, recreatie en kerkelijk en cultureel beleven bieden, behoren te worden vermeld bij de inrichtingen, genoemd in artikel 6, lid 1, in plaats van afhankelijk te worden gesteld van het erkenningsbeleid, bedoeld in artikel 7, lid 1.

Zeer vele leden zouden het op prijs stellen van de bewindslieden te horen, hoe deze dachten over de suggesties van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid om het erkenningsbeleid op te dragen aan een onafhankelijk centraal orgaan, dat de criteria vaststelt en, wat de inrichtingen voor de geestelijk gehandicapten betreft, te overwegen de erkenning mede afhankelijk te maken van „aanhaking” bij een regionaal of landelijk orgaan, dat mede tot taak zou moeten hebben te beoordelen, of nieuwe projecten passen in de planning van voorzieningen.

Verskillende andere leden die met belangstelling het antwoord op de hierboven gestelde vragen afwachten, merkten ook nog het volgende op.

Bij de erkenning van inrichtingen zal niet alleen gelet moeten worden op de medische aspecten, maar ook op de economische, huishoudelijke, psychologisch-pedagogische gang van zaken, het personeelsbeleid en misschien in enkele gevallen nog andere aspecten. Is de Ziekenfondsraad dan wel het juiste adviesorgaan of zou een multi-disciplinair samengestelde commissie niet meer aangewezen zijn? Zo vroegen de hier aan het woord zijnde verschillende leden, daarbij ook verwijzende naar eerder in dit verslag gemaakte opmerkingen.

Kunnen de bewindslieden al iets zeggen over de criteria, die voor erkenning zullen moeten worden aangelegd?

Het aantal beschikbare bedden in te erkennen verpleeginrichtingen zal ver beneden de behoefte blijven. Noodgedwongen zullen derhalve vele patiënten moeten worden opgenomen in niet-erkende verpleeginrichtingen en daarmee de kosten dekking van deze wet ontberen.

Van de wet zal een stimulans voor de bouw van goede verpleeginrichtingen uitgaan, maar hoe denken de bewindslieden de onbillijkheid op te vangen, zolang nog niet voldoende „erkende” bedden beschikbaar zijn?

Kan de erkenning niet verbonden worden aan bepaalde eerst geleidelijk te vervullen voorwaarden, zo vroegen verschillende leden.

Vele leden zouden voorts een soepele toepassing van het erkenneningsbeleid in de eerste jaren na de inwerkingtreding van de wet willen bepleiten.

Natuurlijk is, juist ook in dit verband, het kostenvraagstuk van groot belang, en het is mede daarom, dat vele andere leden om een zo goed mogelijke kwantitatieve benadering mogelijk te maken, vroegen om welke en hoeveel inrichtingen het in opzet zou gaan, en om welke, indien uitbreiding, als

hierboven als wens van belanghebbende instituten aangeduid, plaatsvindt?

Raakvlakken met andere beleidssectoren

In § 2 van hoofdstuk IV worden de raakvlakken met andere beleidssectoren besproken, waaronder in dit verband verstaan worden beleidssectoren ressorterende onder andere departementen, te weten Binnenlandse Zaken, Justitie en Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Het spreekt vanzelf dat hier de nodige zorgvuldigheid in acht genomen dient te worden, opdat geen dubblures voorkomen, en het beleid van onderscheiden overheidsinstellingen elkaar niet zal doorkruisen.

Het was echter niet geheel duidelijk waarom die zorgvuldigheid zover moet gaan dat bepaalde voorzieningen, die tot nu toe onder de bemoeienis van het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk vielen, uitsluitend om die reden in beginsel niet als verstrekking in de zin van het onderhavige ontwerp worden aangemerkt (artikel 6, 3de lid). Weliswaar wordt deze uitsluiting enigszins verzacht door aan het slot de mogelijkheid van gemeenschappelijk optreden van beide bewindslieden open te laten, maar geheel duidelijk is deze gedachtengang niet. Zou het niet juister zijn, zo in meerderden verschillende leden, het in artikel 6, 3de lid, bepaalde niet negatief maar positief te formuleren, nl. in deze geest dat, indien en voor zover de in dit lid opgesomde voorzieningen als verstrekking ingevolge de onderhavige wet worden aangemerkt, de voordracht voor de desbetreffende maatregelen van beide bewindslieden tezamen uitgaat?

Ook vele leden had het bevreemd, dat een aantal voorzieningen, die zware financiële risico's met zich brengen, in eerste instantie zijn uitgesloten in artikel 6, lid 3, omdat zij vallen onder het verzorgingsgebied van het Ministerie van C.R.M. Waarom is niet gesteld, dat zij onder de wet vallen, maar dan met de erkenningsnormen en de controlenormen van het betrokken ministerie? Deze vraag klemt te meer nu de A.W.Z. een grotere financiële zekerheid biedt dan de subsidieregelingen van C.R.M.

Vele andere leden merkten op, dat het doel, dat klaarblijkelijk heeft voorgezeten, om de beide Ministers ter zake competent te doen blijven, ook bereikt zou kunnen worden door in beider handen het erkenningsbeleid van artikel 7 te leggen.

Financieel-economische aspecten

De leden, hiervoor in het verslag steeds aangeduid als vele andere, zouden hun beschouwingen over de financiering van de A.W.Z. willen aanvangen met te informeren naar het financiële beleid van de regering. Wat zijn de mogelijkheden per 1 januari 1967, of een latere datum in dit jaar, dit laatste ook voornamelijk in verband met alle te nemen maatregelen van voorbereiding en uitvoering, naast de werkzaamheden, verbonden aan de start van de W.A.O. en de wijzigingen van de ziekenfondswet?

Zowel in de memorie van toelichting, als op andere plaatsen b.v. Volksgezondheidsnota 1966, blz. 224, onder 3, 7, zijn aan de verdeling van lasten beschouwingen gewijd. Zijn die te handhaven, ook als het een aanpassing van de bedragen in 1963, resp. 1964, aan de toestand op een datum in 1967 betreft?

Kan aan een uitbreiding van de bijdrage uit de algemene middelen gedacht worden?

Deze leden zouden met name aandacht willen vragen voor hetgeen van de zijde van het overlegorgaan der drie grote vakcentrales over de financiering naar voren is gebracht.

Bij het overlegorgaan blijkt de vrees te bestaan voor een begrenzing van de deelneming van de overheid in de financiering van de sociale verzekeringen vanwege het thans gekozen systeem van financiering. Door een concentratie van de overheidsbijdrage in de A.K.W. kan nl. een plafond in bedoelde overheidsfinanciering ontstaan. Bij een nadere bestudering van de lastenverdeling, een deel voor de overheid, een ander deel voor de verzekerden, de premiebetalers, wordt dan geconsta-

teerd, dat de „groeïende” risico's ten laste van de verzekerde blijven, terwijl een „niet groeiend”, mogelijk zelfs een dalend risico uit de algemene middelen betaald blijft. Immers, de kosten van de nieuwe wet kunnen op drie manieren stijgen:

1. De uitbreiding van het basispakket met voorzieningen (b.v. verpleging thuis), die niet direct worden opgenomen.
2. Het duurder worden van dat basispakket, als de verstrekkingen beduidend in kosten gaan stijgen.
3. Er zal een sterker beroep gedaan worden op de (voor uitbreiding vatbare) mogelijkheden, die deze wet biedt.

Daarnaast kan door vergrijzing van de bevolking van een groeiend risico wat de A.O.W. betreft gesproken worden, terwijl o.a. door een opgetreden daling van de gemiddelde gezinsgrootte bij de A.K.W. van een „dalend risico” sprake is. Was de A.W.Z. er niet, dan zou een toenemend beroep voor dit soort kosten op de Algemene Bijstandswet een groeiende last voor de overheid betekenen.

De aan het woord zijnde leden zouden in dit verband gaarne nader worden geïnformeerd over mogelijk recente gegevens over bedragen die via de Bijstandswet voor de hier bedoelde kosten zijn betaald. Maar wezenlijker was hun vraag hoe de bewindslieden dachten over de gedachtengang van het overlegorgaan inzake de voorgestelde verschuivingen in de financieringsstructuur van andere sociale verzekeringen, met name de overheidsbijdrage in de A.O.W. en de aanvankelijk toegezegde overheidsbijdrage in de A.W.Z. (zie adviesaanvraag aan en advies van de S.E.R.). Daarmee hield verband de verdeling van premielast tussen werkgever en werknemer, en hierbij werd er gewezen op de omstandigheid dat onder de toepassing van de verplichte ziekenfondsverzekering slechts vallen de werknemers beneden de loongrens die nu f 11 500 is. Dit heeft tot gevolg, dat een dergelijke aanpassing geen effect heeft in de sociale verzekeringspremie voor werknemers boven de loongrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering, aldus deze leden.

Het overlegorgaan achtte verhoging van de overheidsbijdrage gewenst en geboden, maar mocht dit niet mogelijk zijn, dan zou het de bijdrage in A.O.W. gehandhaafd willen zien, voor een bijdrage in de A.W.Z. willen pleiten en het resterende voor de A.K.W. willen bestemmen.

Het kan zonder meer duidelijk zijn, dat de hier aan het woord zijnde leden, juist ook deze opvattingen door de bewindslieden benaderd zouden willen zien, tegen de achtergrond van hun vragen over het totale financiële beeld.

Daarbij zou ook aandacht geschonken kunnen worden aan de beschouwingen in „de Onderneming” onder de titel „Een discutabele uitwerking van een goede gedachte.”

In dit verband werd ook naar de mening van de bewindslieden gevraagd over de aftrekbaarheid van de premie, o.m. door een aantal middenstands- en agrarische organisaties bepleit.

Verscheidene leden vroegen zich af, of het geschuif in premielast, waarbij ook de ziekenfondspremie wordt betrokken, wel een verstandige zaak is en waarom de overheid niet eenvoudigweg rechtstreeks de kosten van de Algemene Wet Zware Risico's voor haar rekening zou nemen.

Naar de mening van deze leden kan worden gesteld, dat overheidsfinanciering van de z.g. zware risico's (kosten van verpleging van krankzinnigen, gehandicapte kinderen, langdurige zieken e.d.) maatschappelijk algemeen aanvaardbaar wordt geacht. Dit moge blijken uit het feit, dat de overheid van oudsher reeds een belangrijk deel van deze kosten voor haar rekening heeft genomen.

Bij invoering van deze wet zal het overheidsbudget voor de Algemene Bijstandswet immers met meer dan f 310 mln. worden ontlast.

Ten aanzien van een algehele financiering door de overheid van de Algemene Kinderbijslagwet kan het bovenstaande niet worden gesteld. Er zijn belangrijke groeperingen in ons volk, die van oordeel zijn, dat de overheid zich van financiering van gezinskosten zoveel mogelijk moet onthouden. Kan men er bij

de zware risico's van uitgaan, dat dit lasten zijn, die niemand kan voorzien en die in het algemeen de draagkracht van de getroffen ten te boven gaan, van de gezinskosten kan dit vandaag zeker niet meer worden gesteld.

In de regeringsverklaring is voorop gesteld, dat bij de invoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering en van een voorziening in zware geneeskundige risico's zou worden nagegaan welk deel van de lastenstijgingen voor de premieplichtigen uit de algemene middelen kan worden gefinancierd, onverminderd de toezegging, dat de uitgaven welke de overheid op dit gebied reeds doet, gehandhaafd zullen worden. Dit pleit meer voor een algehele financiering uit overheidsmiddelen van de zware risico's dan van de kinderbijslag. Weliswaar werd in deze verklaring verder gezegd, dat bevorderd zal worden, dat de overheidsbijdragen in de sociale verzekering verleend zullen worden via de kinderbijslagregelingen, doch het is niet duidelijk waarom nu juist de zware risico's hiervan het slachtoffer zullen moeten worden.

Indien men al overheidsfinanciering van de kinderbijslag gewenst acht, zou het meer voor de hand liggen daarvoor naar andere wetten om te zien.

Ten slotte worden thans reeds in andere sociale verzekeringswetten (Werkloosheidswet, Interimwet, Ongevallenwetten en A.O.W.) gezamenlijk hogere overheidsbijdragen verleend dan voor de financiering van de kinderbijslag nodig is.

Verder lijkt het alleszins redelijk, dat ook de aanzuigende kosten, die van de Wet Zware Geneeskundige Risico's een onvermijdelijk gevolg zullen zijn en waarvan de Minister in zijn Volksgezondheidsnota zelf op korte termijn al een premiestijging tot 2 pct. verwacht, voor rekening van de Regering blijft, die zelf tot deze voorziening het initiatief heeft genomen. De Regering zou daarmee tevens alle middelen in de hand hebben om een overbodige kostenstijging die juist op dit gebied bepaald niet denkbeeldig is, te voorkomen.

Ook zou voor de uitvoering een aanzienlijk eenvoudiger opzet dan thans het geval is, mogelijk worden.

Deze leden zouden het op prijs stellen, indien de bewindslieden op hun opmerkingen uitvoerig zouden ingaan.

Vele leden wachten eveneens het antwoord van de bewindslieden af op hetgeen door de vele andere en verscheidene leden hierboven was opgemerkt. Zij voegden hier nog de volgende vragen aan toe.

Zouden de bewindslieden nader kunnen ingaan op het hun gemaakte verwijt, dat zij ten onrechte een beroep hebben gedaan op het actieprogramma van het N.V.V. en de K.A.B.?

Onderschrijven de bewindslieden het standpunt, dat onderbrenging van alle kosten van ziekenhuisverpleging — ook die gedurende het eerste jaar — en van de kosten van klinische specialistenhulp onder de A.W.Z. het vraagstuk van de nominale, niet aan het inkomen aangepaste premies voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering goeddeels tot een oplossing brengt, althans veel van zijn scherpte doet verliezen?

Kunnen de bewindslieden concrete mededelingen doen omtrent de inhoud en het tijdstip van realisering van toezeggingen door particuliere verzekeringsmaatschappijen tijdens S.E.R.-hearings gedaan, dat personen met een inkomen boven de welstandsgrens zonder selectie zullen worden toegelaten tot de verzekering van een ziektekostenpakket gelijkwaardig aan het huidige ziekenfondspakket?

Zou bedoelde uitbreiding van de A.W.Z. tevens geheel of gedeeltelijk een einde kunnen maken aan de thans bestaande situatie, dat in de extrakosten, die de ziekenfondsverzekering van bejaarden meebrengt, degenen, die vrijwillig bij een ziekenfonds verzekerd zijn, meer bijdragen dan degenen, die verplicht verzekerd zijn?

Kunnen de bewindslieden mededelen, wat de gevolgen zouden zijn van een uitbreiding van de A.W.Z. tot alle ziekenhuiskosten en de kosten van klinische specialistenhulp voor de hoogte van de premie van de A.W.Z. en van de premies voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering?

Zien de bewindslieden in een systeem volgens hetwelk de verzekering van het grootste deel van de ziektekosten wordt

gefinancierd via een omslagstelsel, waarbij het gehele volk betrokken is, voordelen voor de ontwikkeling van de medische wetenschap?

Verschillende leden merkten het volgende op. De schatting van de kosten der nieuwe verzekering is gebaseerd op berekeningen en ramingen, ontleend aan de bestaande situatie. Op deze grond wordt een premiepercentage van 1,6 becijferd. In bijlage III, waarin de berekening wordt weergegeven, wordt echter tegelijk de verwachting uitgesproken dat reeds spoedig — wanneer meer bedden in verpleegtehuizen enz. beschikbaar zullen komen — de onderhavige verzekering aanmerkelijk grotere sommen zal gaan vergen. Hoe stelt de Minister zich voor deze stijging van de kosten op te vangen?

Verschillende andere leden hadden overwegende bezwaren betreffende de voorgestelde financiering van deze verzekering.

Zij waren van oordeel, dat deze verzekering er bij uitstek voor in aanmerking komt om hier een financiering uit de algemene middelen te doen plaatsvinden. De Regering wil om de premielast te drukken de kinderbijslag doen financieren uit de schatkist. Waar het volgens de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid in beide gevallen gaat om echte sociale verzekeringen, kan er dus principieel geen voorkeur bestaan.

De voordelen van een financiering uit de algemene middelen van deze verzekering zijn evident.

De wet zou op veel eenvoudiger wijze kunnen worden uitgevoerd. Het invoeren van een nieuwe premie is dan niet nodig en wekt geen weerstanden.

De kinderbijslag is een belangrijk element in de inkomensstructuur.

Mede gelet op de wijzigingen, die zullen moeten worden aangebracht in de inkomensstructuur in het kader van de wijzigingen, die zich in E.E.G.-verband voltrekken, gaven deze leden zeer beslist de voorkeur aan financiering van deze wet uit de algemene middelen.

Het voornemen 65-jarigen en anderen vrij te stellen van premiebetaling

De realisering van het voornemen om de bejaarden uit te sluiten van premiebetaling voor de A.W.Z. betekent, dat voor de eerste maal in een verzekering, die een verzorging waarborgt — zulks in tegenstelling tot verzekeringen, die inkomenvorming garanderen — een groep verzekerden van premiebetaling wordt vrijgesteld. Deze beslissing zal ongetwijfeld zijn gevolgen hebben voor andere toekomstige verzorgingsverzekeringen, zo werd door zeer velen gesteld. Daar komt bij, dat het aantal bejaarden jaarlijks toeneemt en dat de risicofactor groot is. Moet het niet juist worden geacht de bejaarden een zodanig inkomen te garanderen, dat zij uit eigen middelen de premie kunnen betalen, zo vroegen vele leden.

Het Preventiefonds

In artikel 72 wordt bepaald, dat uit het Algemeen Fonds Zware Geneeskundige Risico's jaarlijks 10 mln. gulden in het Preventiefonds worden gestort; een bijdrage, opgebracht door de gehele bevolking. Daarmee rees bij vele leden de vraag, of het nog langer juist is, dat daarnaast uit de Algemene kas van de Ziekenfondsverzekering een bedrag van 6 mln. in genoemd fonds wordt gestort; een bijdrage van een deel van de bevolking ten bate van de gehele bevolking. Dit betekent immers een dubbele belasting van een bepaald deel van de bevolking. De leden, hier aan het woord, onderschreven de noodzaak van versterking van het Preventiefonds, maar drongen aan op een herziening van deze inkomstenverwerving. Ook spraken deze leden hun twijfel uit over de juistheid van de regeling van deze materie — preventiefonds, ziekenfondsbijdrage — in het onderhavige ontwerp.

Vele andere leden merkten op, dat het de bewindslieden niet ontgaan zal zijn, dat er herhaaldelijk bezwaren zijn ingebracht tegen de voeding van dit fonds uitsluitend uit de kas van de verplichte ziekenfondsverzekering. Deze leden hadden begrepen, dat in de toekomst de financiering van het Preventie-

fonds voor het grootste deel zal geschieden uit de middelen van de volksverzekering. Zij zouden gaarne een uiteenzetting ontvangen van de redenen, waarom het Preventiefonds een bijdrage van 16 mln. gulden uit de sociale verzekeringsgelden nodig heeft. Voorts vroegen zij, of het, wanneer men financiering van het Preventiefonds uit de premie-opbrengsten der sociale verzekering nodig acht, dan niet beter is deze financiering geheel via een volksverzekering te laten lopen. Of is het zo, dat er door het Preventiefonds uitgaven worden gedaan voor bestedingen, die uitsluitend aan de werknemers en hun gezinnen ten goede komen? Zo dit het geval mocht zijn, om welke uitgaven gaat het dan en welke omvang hadden deze uitgaven de laatste jaren?

Zal het fonds, zo vroegen verschillende andere leden, zich in de toekomst niet meer moeten richten op ad-hoc-taken als daar zijn het verrichten van research en experimenten, het steunen van proefobjecten en het verlenen van aanloopsubsidies?

Verspreide opmerkingen

In de memorie van toelichting wordt de indruk gewekt dat het maatschappelijk werk voor gehandicapten in en buiten inrichtingen van de verzekering worden uitgesloten. Aangenomen moet worden, dat dit geen betrekking heeft op het maatschappelijk werk, dat in de verpleegtehuizen een onmisbaar onderdeel vormt van de behandeling evenals het ziekenhuis-maatschappelijk werk na het eerste jaar.

T.a.v. de criteria voor opname konden vele leden zich verenigen met de stelling, dat de begrippen „medische indicatie” en „sociale indicatie” dienen te worden vervangen door specifieke opnemingscriteria voor elk type voorvoorzieningen. Dan gold echter naar hun oordeel, dat deze opnemingscriteria niet door uitsluitend medische diensten kunnen worden vastgesteld.

Een revalidatiecentrum kan men noch een categoriaal ziekenhuis, noch een verpleeginrichting noemen. Zal toch vanaf de eerste dag opname voor rekening van de A.W.Z. mogelijk zijn? Of moeten deze centra afzonderlijk in artikel 6, tweede lid, genoemd worden?

Is het niet gewenst om voor meerderjarigen, die onder de A.W.Z. vallen en die niet in staat zijn hun eigen belangen te behartigen, een bijzondere regeling voor hun wettige vertegenwoordiging, in verband met deze en andere sociale verzekeringswetten, in het leven te roepen? De procedure van de onder curatelestelling lijkt voor dit doel te zwaar, te meer omdat van enig eigen vermogen doorgaans geen sprake is.

Artikelen

Artikel 6, 2de lid. In de tweede alinea is sprake van een eigen bijdrage van de verzekering in de kosten van de verstrekking.

Hoewel in principe met de gedachtengang van de Minister (memorie van toelichting, blz. 26) wel ingestemd kan worden, rees hier toch nog wel een groot aantal vragen.

De situaties, waarop deze bepaling betrekking heeft, zijn zeer uiteenlopend, en het is de vraag of deze alle onder één noemer (b.v. de noemer „besparing”) te vangen zijn. Als voorbeeld moge gewezen worden op de volgende groepen van inrichtingen verblijvenden:

- I. a. De bejaarde alleenstaande, in het bezit van A.O.W.-pensioen,
- b. Bejaarde gehuwden met A.O.W.-pensioen, in geval beide in een inrichting verblijven,
- c. Idem, indien één van beide in een inrichting verblijft.

- II. a. Alleenstaande invaliden beneden 65 jaar, met aanspraak op W.A.O. uitkering,
- b. Gehuwden idem.

III. a. Alleenstaanden met 1) ruime, 2) minder ruime of 3) geen eigen inkomsten.

b. Idem gehuwden.

IV. Minderjarige kinderen.

Het is duidelijk dat het begrip „besparing” voor de onderscheiden hierboven genoemde categorieën een totaal verschillende betekenis heeft. Voorts komt bij groep IV naar voren dat hier van een „eigen bijdrage” van de verzekerde geen sprake kan zijn, maar dat zich hier het vraagstuk van de bijdrage door de ouders voordoet, al of niet in de vorm van een verhaalsrecht. De vraag rees of de wetstekst, zoals die nu luidt, deze mogelijkheid voldoende openlaat.

Door tal van leden zou het op prijs gesteld worden, wanneer de Minister in zijn antwoord zo duidelijk mogelijk zou aangeven in welke richting hij de oplossing van de hier aangevoerde vraagstukken ziet.

Heeft over deze problematiek overleg plaats gehad met de Minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, die thans in het kader van de uitvoering van de Algemene Bijstandswet ten nauwste bij deze vragen betrokken is?

Zijn de uitvoeringsorganen (ziekenfondsen en verzekeraars) wel de geëigende organen om dit soort kwesties, waarbij zoveel afhangt van de individuele omstandigheden van het geval, te behandelen? Reeds eerder kwam ter sprake dat dit wetsontwerp, hoewel geënt op de Ziekenfondswet, toch op een aantal wezenlijke punten ver buiten het terrein van die wet uitreikt. Vragen als de onderhavige lijken onder algemene aanwijzingen van de Ziekenfondsraad of de G.M.D. nauwelijks te vangen.

Artikel 7. Het niet binnen de gestelde termijn beslissen door de Minister op een verzoek tot erkennen, wordt met een beslissing tot weigering gelijk gesteld. Aangenomen moet worden dat ook tegen deze beslissing beroep openstaat. Uit de artikelen 53 en 54 blijkt dat niet duidelijk, nu hierin alleen sprake is van een beschikking op grond van artikel 7 en van een termijn na de verzending van de kennisgeving.

Is de termijn van 4 c.q. 6 maanden waarbinnen erkenning of voorlopige erkenning moet plaatshebben niet te lang, met name voor de nieuw gebouwde inrichtingen, omdat gedurende die periode geen patiënten kunnen worden opgenomen? Is dit economisch verantwoord?

Artikel 9. Het lijkt wenselijk, juist voor langdurige verplegingen, dat de patiënt volledig vrij is in de keuze van de inrichting, uiteraard binnen de categorie, die voor hem geschikt is. Op grond van godsdienstige overtuiging of op grond van de wens om dicht bij familie verpleegd te worden zou de territoriale grens getrokken in artikel 9, tweede lid, als belemmering kunnen worden ervaren. Aannemende dat dit niet de bedoeling van de bewindslieden is, rees de vraag hoe hieraan tegemoet gekomen kan worden.

Artikel 12. Aangezien de kring van verzekerden gelijk is aan de kring van betalenden, zou een nadere motivering voor het verhaal ex artikel 12 op prijs worden gesteld.

Zouden de bewindslieden nader kunnen ingaan op het artikel van prof. mr. A. R. Bloembergen, getiteld „Het verhaalsrecht van de risicodrager in de A.W.Z. in S.M.A., 25ste jaargang, nr. 5, blz. 329, waar deze schrijver verwees naar zijn publicaties, waarin hij een afschaffing van het verhaalsrecht bepleitte?

Aldus vastgesteld 12 juli 1966

DE KORT
KIKKERT
C. J. VAN DER PLOEG
VAN LIER
ROEMERS
STOFFELS-VAN HAAFTEN
ZWANIKKEN
LAMBERTS
BAART
CORVER
MAENEN
AALBERSE
ROOLVINK
ABMA
VAN OMMEREN-AVERINK.