

18972

Regels ten aanzien van de toegang tot de particuliere ziektekostenverzekeringen en uitbreiding van de personele werkingssfeer van de in de Ziekenfondswet geregelde verplichte verzekering onder opheffing van de in die wet geregelde bejaardenverzekering en vrijwillige verzekering, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet en andere wetten (Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering)

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 14 maart 1986

Inleiding

Van de inhoud van het nader voorlopig verslag is met belangstelling kennis genomen. De beantwoording hiervan geschiedt mede namens de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, L. de Graaf.

Circulaires ABP en Sociale Verzekeringsbank

De leden van de fractie van de V.V.D. stelden de vraag of de nieuwsbrief die het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds in februari 1986 naar zijn verzekerden heeft doen uitgaan geen onzorgvuldigheid bevat aangezien gesproken wordt van inhouding van de ziekenfondspremie reeds vóór 1 april.

In antwoord daarop deelt de ondergetekende mede dat er naar zijn mening geen sprake is van een onzorgvuldige formulering in de betreffende circulaire. De betrokkenen wordt mededeling gedaan van de situatie die gaat optreden indien de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen per 1 april 1986 in werking zal treden. Daarbij wordt er gewag van gemaakt dat in dat geval bij een aantal gepensioneerden sprake zal zijn van verplichte verzekering op grond van de Ziekenfondswet, waarbij er premie zal worden ingehouden op het ABP-pensioen. De ondergetekende acht deze voorlichting correct. Overigens zullen betrokkenen na inwerkingtreding van de wet nog vier maanden de gelegenheid hebben om de wens te kennen te geven niet ingevolge de Ziekenfondswet verzekerd te worden.

In dit verband vroegen deze leden eveneens naar het oordeel van de ondergetekende over een circulaire van de Sociale Verzekeringsbank.

Ook hier is de ondergetekende van mening dat er geen sprake is van onzorgvuldige voorlichting. De in het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde regelingen houden onder andere in dat een weduwe die op grond van de AWW-uitkering vanaf de datum van inwerkingtreding van de WTZ verplicht verzekerd wordt, de wens te kennen kan geven van deze

verplichting ontslagen te worden indien haar inkomen inclusief het AWW-pensioen het bedrag van f 48 500 overtreft. Het is dus niet zo dat bij een inkomen boven deze grens van rechtswege de verplichte verzekering vervalt.

Volledigheidshalve zij nog opgemerkt dat een weduwe die nu reeds verplicht verzekerd is op grond van een dienstbetrekking, en die na inwerkingtreding van het wetsvoorstel tevens verplicht verzekerd wordt op grond van het AWW-pensioen, niet kan verzoeken om vrijstelling van verplichte ziekenfondsverzekering op grond van het AWW-pensioen.

De leden van de V.V.D.-fractie vroegen waarom er geen uitzondering is gemaakt op de verplichte verzekering voor hen die weliswaar een inkomen hebben beneden de ziekenfondslengrens, doch deze verplichte verzekering om verschillende redenen niet wensen. Kan een dergelijke uitzondering, zo vervolgden deze leden, alsnog geschieden door wijziging van het Aanwijzingsbesluit verplicht-verzekerden Ziekenfondswet?

De ondergetekende wijst erop dat een uitzonderingsmogelijkheid als hierbedoeld het karakter van de ziekenfondsverzekering zou veranderen van een verplichte verzekering in een vrijwillige verzekering. De zelfselectie die zou gaan plaatsvinden leidt er in dat geval onvermijdelijk toe dat de «goede» risico's de ziekenfondsverzekering zouden verlaten, met alle financiële gevolgen van dien. Het invoeren van een dergelijke keuzemogelijkheid – die overigens slechts via het Aanwijzingsbesluit gerealiseerd zou kunnen worden voor die categorieën personen wier verzekeringsplicht in dat Aanwijzingsbesluit is vastgelegd – wordt derhalve door de ondergetekende afgewezen.

Verspeelt men, zo vroegen de leden van de V.V.D.-fractie, een vergoeding ingevolge de verplichte ziekenfondsverzekering als men zich buiten Europa begeeft, ook indien deze reis tevoren reeds vaststond?

Op grond van het territorialiteitsbeginsel waaraan de Nederlandse wetgeving in het algemeen is gebonden, is het recht op medische zorg ingevolge de Ziekenfondswet in beginsel beperkt tot die welke wordt verleend binnen Nederlands grondgebied. Met een groot aantal Europese en Noord-Afrikaanse staten zijn inmiddels verdragen tot stand gekomen welke ertoe hebben geleid dat de tot het eigen territorium beperkte bescherming van de betreffende ziektekostenverzekeringswetgevingen zich ook tot het grondgebied van de verdragspartner uitstrekt. Daarnaast bestaat op grond van het besluit van de Ziekenfondsraad van 21 december 1967 inzake geneeskundige hulp in bijzondere omstandigheden (1968, Stcrt. 18) voor verzekerden die voor beroepswerkzaamheden in het buitenland verblijven, het recht om een vergoeding te ontvangen voor aldaar ontvangen onmiddellijk noodzakelijke medische zorg. Dit recht komt ook de medeverzekerden toe, die de verzekerde in het buitenland vergezellen. Buiten deze gebieden kan geen medische zorg ten laste van de ziekenfondsverzekering worden genoten, ook al is een dergelijk verblijf in het buitenland van tevoren aan het ziekenfonds bekend gemaakt.

Algemeen

Publieke regeling gehele gebied

De leden van de fractie van de P.v.d.A. informeerden naar de acute financiële problematiek die bij de bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering zou bestaan. Deze leden suggereerden dat deze problematiek juist het gevolg was van het onderhavige wetsvoorstel.

Met enige verbazing heeft de ondergetekende kennis genomen van de door deze leden gestelde vraag. De achtergrond van bedoelde problematiek, zo meent de ondergetekende, is bij de behandeling van het onderhavige wetsvoorstel in de Tweede Kamer der Staten-Generaal bij herhaling en uitvoering uiteengezet.

Bij de bejaardenziekenfondsverzekering doen zich twee problemen voor. Allereerst betreft het hier de zogenaamde AOW-plus-problematiek, dat wil zeggen de problematiek dat bij verzekerden met kleine neveninkomsten naast het AOW-pensioen, dit pensioen door de gezamenlijke werking van de belastingheffing en de premieheffing bij de bejaardenziekenfondsverzekering voor een groot gedeelte wordt wegbelast. In dit kader kan nog worden gewezen op de nota betreffende de AOW-plus-problematiek in de bejaardenverzekering, die op 1 juli 1983 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal is aangeboden (kamerstukken II 1982-1983, 17 989, nr. 1-2). Daarnaast leidt de structuur van de bejaardenziekenfondsverzekering ertoe dat deze verzekering alleen te handhaven is door steeds toenemende bijdragen van de verplichte ziekenfondsverzekering en van het Rijk.

Met betrekking tot de vrijwillige ziekenfondsverzekering kan er op worden gewezen dat de ongelijke risicospreiding tussen de vrijwillige verzekering en de particuliere verzekeringen – waarnaar de hier aan het woord zijnde leden zelf reeds verwezen – ertoe heeft geleid dat er een spiraalwerking is ontstaan die steeds hogere premies bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering veroorzaakt. Daarbij wordt opgemerkt dat de acute crisis bij de vrijwillige verzekering is ontstaan op het moment dat een aantal ziekenfondsen weigerde nog langer aan de onderlinge verevening van kosten mee te werken. Deze crisis heeft geleid tot het op vrijwillige basis verlenen van een bijdrage van f 180 mln. van de particuliere verzekeraars aan de vrijwillige ziekenfondsverzekering, waardoor de problematiek tijdelijk kon worden ondervangen zonder de onderliggende oorzaken weg te nemen. Het onderhavige wetsvoorstel dient ertoe de hier gesignaleerde problematiek tot een oplossing te brengen. Dat het juist dit wetsvoorstel is geweest dat de crisis zou hebben veroorzaakt, is dan ook een onjuiste interpretatie van de chronologische volgorde der gebeurtenissen.

Beleid op langere termijn

De leden van de fractie van het P.v.d.A. vroegen normaal om een antwoord op hun vraag betreffende de toekomstige beheersing van het verstrekkingenpakket. Zij vroegen dit te doen in het licht van het langzaam afbrokkelende verzekerdenbestand van de ziekenfondsverzekeringen.

In antwoord daarop kan worden medegedeeld dat in de memorie van antwoord de door deze leden gestelde vraag in hoofdzaak is opgevat als een vraag naar de omvang van het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering. Gelet op de thans gegeven nadere uitleg van deze leden wil de ondergetekende in aanvulling op hetgeen daarover reeds in de memorie van antwoord is gesteld, wijzen op de toenemende rol die de structuurwetgeving in samenhang met de Wet tarieven gezondheidszorg gaat spelen bij de beheersing van het aanbod in de gezondheidszorg. De rol van de wetgeving ten aanzien van ziektekostenverzekeringen zal daardoor relatief verminderen. Tevens is het zo dat de gegevensverzameling in het kader van de structuurwetgeving zal worden geregeld. De ondergetekende blijft dan ook bij zijn zienswijze dat hij geen vrees koestert voor ongewenste ontwikkelingen.

Voorgestelde regeling

De regelgeving bij toetreding tot een particuliere verzekering

De leden van de fractie van de P.v.d.A. vroegen een verduidelijking van de positie van AAW-gerechtigden, met een arbeidsongeschiktheid van meer dan 45%, indien deze personen op een later tijdstip zouden worden «afgeschat» naar een arbeidsongeschiktheid van minder dan 45%.

De ondergetekende merkt op dat in dat geval de AAW-uitkering niet langer titel is voor verplichte verzekering. Indien betrokkenen niet op andere titel verplicht verzekerd zijn, zullen zij inderdaad niet langer verplicht verzekerd zijn. Deze constructie is geen andere dan die thans reeds voor AAW/WAO-gerechtigden geldt.

Met betrekking tot de vraag van deze leden naar de betekenis van de zinsnede over de regelgeving bij toetreding tot de particuliere markt merkt de ondergetekende op dat daarmee bedoeld wordt op de in de artikelen 2 en 3 van het onderhavige wetsvoorstel neergelegde bepalingen. Daarbij wordt tevens verwezen naar het gestelde op blz. 24 van de memorie van antwoord voor wat betreft de hoogte van de premie voor het standaardpakket.

Voor wat betreft de door deze leden gestelde vraag over het eventueel dubbel verzekerd zijn van bedoelde groep antwoordt de ondergetekende dat er zijns inziens geen noodzaak is voor een dergelijke dubbele verzekering.

In antwoord op de vraag van de hier aan het woord zijnde leden naar de gevolgen van een eventueel te zijner tijd te treffen maatregel ten aanzien van het samenstellen van inkomensbestanddelen ter toetsing van de verzekeringsplicht op grond van de Ziekenfondswet herhaalt de ondergetekende zijn voorkeur om eerst het advies van de Ziekenfondsraad af te wachten. Hij acht het niet zinvol om daarop vooruit te lopen.

De ondergetekende is het niet eens met deze leden dat een dergelijke opstelling AAW-gerechtigden er toe zou dwingen hun thans aanwezige particuliere verzekering aan te houden. Daar komt bij dat, indien de hier bedoelde AAW-gerechtigden thans reeds een inkomen boven de loongrens hebben, zij – indien zij dat wensen – niet verplicht verzekerd worden.

De leden van de fractie van het C.D.A. vroegen een nadere uitleg met betrekking tot particulier verzekerde AAW-gerechtigden die dichtbij de AOW-gerechtigde leeftijd staan.

In antwoord op deze vraag kan worden opgemerkt dat zich ten aanzien van de hier bedoelde groep personen twee situaties kunnen voordoen. Indien de betrokkene een uitkering vanwege arbeidsongeschiktheid berekend naar een arbeidsongeschiktheid van tenminste 45% ontvangt, wordt betrokkene verplicht verzekerd.

Over de uitkering is ziekenfondspremie verschuldigd, waarvan de helft voor rekening van de betrokkene komt. In dit geval kan de particuliere verzekering worden opgezegd. Na het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt de verplichte verzekering voortgezet. Bij een eventuele inkomensachteruitgang wordt de ziekenfondspremie (die immers naar draagkracht wordt geheven) aangepast.

Indien de betrokkene een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangt naar een arbeidsongeschiktheid van minder dan 45% treedt geen verplichte verzekering op. Betrokkene blijft particulier verzekerd. Deze situatie zal zich naar het oordeel van de ondergetekende slechts bij twee categorieën voordoen, namelijk zelfstandigen en ambtenaren. Aangezien de betreffende arbeidsongeschiktheidsuitkering minder zal bedragen dan het sociaal minimum-inkomen, zal betrokkene ook nog een andere bron van inkomsten dienen te bezitten. Dit zal over het algemeen voor de zelfstandige een gedeeltelijke voortzetting van de onderneming betekenen en voor de ambtenaar een invaliditeitspensioen van het ABP of een ambtelijke wedde.

Voor zelfstandigen is het na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel in dat geval mogelijk om een beroep te doen op de compensatieregeling.

Bij (gewezen) ambtenaren is een beroep op de zogenaamde ZVO-regeling mogelijk. Indien na het bereiken van de 65-jarige leeftijd een terugval in inkomen zou optreden, blijft een beroep op deze regeling mogelijk voor betrokkene.

Door de leden van de fractie van de P.v.d.A. werd een nadere reactie gevraagd op de situatie die gaat ontstaan bij AWW-gerechtigden die thans niet op grond van hun uitkering verplicht ziekenfondsverzekerd zijn, doch reeds wel op grond van een werkkring een verzekering tegen ziektekosten hebben.

De ondergetekende meent dat de geschetste situatie in het antwoord op pagina 14 van de memorie van antwoord toch duidelijk lijkt.

Indien een weduwe thans in het kader van de werkkring particulier verzekerd is en zij na inwerkingtreding van het onderhavige voorstel van wet verplicht verzekerd wordt, kan de particuliere verzekering vervallen. De premie voor de ziekenfondsverzekering treedt dan in de plaats van de premie voor de particuliere verzekering.

Indien een weduwe thans reeds verplicht ziekenfondsverzekerd is op grond van een dienstbetrekking wordt zij na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel op twee titels verplicht verzekerd. Zij is dan inderdaad ook premie verschuldigd over haar AWW-uitkering, waardoor de verschuldigde ziekenfondspremie met circa f 55 à f 80 per maand kan toenemen. Hoewel de ondergetekende dergelijke bedragen niet wil bagatelliseren, acht hij deze premieheffing aanvaardbaar aangezien het hier om een premie naar draagkracht gaat. Zoals reeds in de memorie van antwoord gesteld, komt betrokkene in dat geval in precies dezelfde situatie te verkeren als een weduwe die thans wel reeds verplicht verzekerd is op grond van haar AWW-uitkering en die in loondienst is.

Indien een weduwe verplicht deelneemt aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren ontstaat op grond van artikel 16 van het wetsvoorstel geen verplichte verzekering op titel van de AWW-uitkering.

De bejaarden in de bejaardenoorden

Door de leden van de fractie van de P.v.d.A. werd gevraagd alsnog te antwoorden op het door deze leden gedane verzoek om bejaarden in bejaardenoorden in de verplichte ziekenfondsverzekering onder te brengen.

De ondergetekende wil er op wijzen dat in het kader van het onderhavige wetsvoorstel gekozen is voor een structuur waarbij er na het bereiken van de 65-jarige leeftijd geen verandering meer optreedt in de verzekeringsvorm. Dat wil zeggen dat verplicht ziekenfondsverzekerden verplicht verzekerd blijven en dat particulier verzekerden ook hun verzekeringsvorm aanhouden. Het bepalen dat een bejaarde in een bejaardenoord te allen tijde verplicht verzekerd zou worden, zou in strijd zijn met deze keus. De ondergetekende staat dat dan ook niet voor.

Met betrekking tot de thans in de vrijwillige ziekenfondsverzekering aanwezige bejaarden heeft het kabinet in het onderhavige wetsvoorstel op pragmatische gronden voorgesteld een tweedeling aan te brengen. Bejaarden die in aanmerking komen voor premiereductie zullen worden opgenomen in de verplichte ziekenfondsverzekering (artikel 12, derde lid). De overige bejaarden zullen zijn aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering.

De door deze leden aangevoerde argumenten hebben de ondergetekende niet kunnen overtuigen van de noodzaak van de door hen voorgestelde wijziging in het voorstel van wet.

Dat particulier verzekerden – in dat verband kunnen bejaarden in bejaardenoorden worden genoemd – in sommige gevallen wellicht moeite zullen hebben met het voorschieten van gemaakte ziektekosten wil de ondergetekende niet ontkennen. Deze omstandigheid kan zich in principe echter ook bij andere groepen voordoen, zodat een uitzondering op die grond voor slechts één groep niet voor de hand ligt.

Bovendien zal het – zoals reeds in de memorie van antwoord vermeld – voor de verzekerde doorgaans mogelijk zijn eerst de rekening van de verzekeraar vergoed te krijgen alvorens tot betaling van de rekening over te gaan.

Het standaardpakket in de particuliere ziektekostenverzekering

Algemeen

Naar aanleiding van de vraag van de V.V.D.-fractie betreffende overmacht van de particuliere verzekeraar om verplichtingen, voortvloeiend uit de «standaardovereenkomst», na te komen, merkt de ondergetekende op dat op de ziektekostenverzekeraars van toepassing is de Wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf (Stb. 1985, 705). Deze wet is er onder andere op gericht overmachtsituaties te voorkomen door middel van intensief toezicht door de Verzekeringskamer op de solvabiliteit van verzekeraars. Mede op basis van de ervaringen, opgedaan met de voorganger van voornoemde wet, de Wet op het schadeverzekeringsbedrijf (Stb. 1964, 409), kan worden gesteld dat de kans uiterst klein is dat overmachtsituaties als boven bedoeld zich in de praktijk zullen voordoen. Als van een zodanige situatie toch sprake is, kan op verzoek van de Verzekeringskamer de rechter de noodregeling uitspreken. Op grond hiervan is de Verzekeringskamer gemachtigd de portefeuille van de verzekeraar over te dragen aan een andere verzekeraar. In geval van insolventie van de verzekeraar kunnen de verzekeringsschuldvrijheden voor hun schadevorderingen zich bij voorrang verhalen op diens vermogen.

Pakketkosten

De leden van de fractie van de P.v.d.A. verzochten om uit te leggen, waarom het standaardpakket eerst definitief kan worden vastgesteld, nadat het onderhavige voorstel kracht van wet heeft verkregen.

Naar aanleiding hiervan wijst de ondergetekende erop dat de bevoegdheid tot vaststelling van het standaardpakket berust op artikel 2, tweede lid, van het onderhavige voorstel van wet. Daarom kan de vaststelling van de regelgeving ter uitvoering van het standaardpakket eerst geschieden op het tijdstip dat die bepaling in werking treedt.

Op de vraag van deze leden of ten aanzien van dat pakket meer gegevens kunnen worden verstrekt opdat verzekeraars en verzekerden daarvan kennis kunnen nemen antwoordt de ondergetekende dat het KLOZ inmiddels op basis van de ontwerp-teksten, zoals deze aan de beide Kamers der Staten-Generaal zijn voorgelegd, en concept-standaardpolis gereed heeft gemaakt. Deze is ter kennis gebracht van de verzekeraars. De verzekerden hebben na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel nog vier maanden de tijd om de standaardpolis te kiezen. De verzekeraar dient hen in die periode te accepteren en de verzekering gaat dan met terugwerkende kracht in tot de datum van inwerkingtreding. De verzekerden zijn in die situatie uiteraard wel premie verschuldigd vanaf de ingangsdatum van de polis.

De leden van de fractie van de P.v.d.A. vroegen nogmaals naar de gevolgen van het onderhavige wetsvoorstel voor thans vrijwillig verzekerde uitkeringsgerechtigden die in de toekomst de verplichte verzekering dienen te verlaten. Zij meenden hierop in de memorie van antwoord geen reactie te hebben ontvangen.

Zoals deze leden zelf reeds aanduiden, wordt op pagina 13 van de memorie van antwoord gesteld dat uitkeringsgerechtigden, zolang zij recht blijven houden op de uitkering op grond waarvan zij verplicht verzekerd zijn geworden, niet wegens een stijging van het inkomen de verzekering dienen te verlaten. De reactie van de zijde van de ondergetekende dat vrijwillig verzekerden gezien worden als een speciaal geval dient zo begrepen te worden dat het hier gaat om een specifieke groep, namelijk ex-vrijwillig verzekerde uitkeringsgerechtigden waarvoor

uiteraard de algemene regels ook gelden. Hoewel gezien het voorgaande hetgeen deze leden verder vragen niet van toepassing is, wil de ondergetekende op deze plaats toch nog op het volgende wijzen.

Met de gedane voorstellen met betrekking tot het stelsel van ziektekostenverzekeringen worden structurele wijzigingen aangebracht. Na inwerkingtreding krijgen de verzekerden – bij wisselende omstandigheden – met andere regels te maken dan die thans van kracht zijn, en ook met andere regels dan welke als overgangsbepaling zijn voorgesteld. De ondergetekende zou het juist onrechtvaardig vinden indien in de toekomst sommige verplicht verzekerden anders zouden worden behandeld dan anderen, alleen vanwege de omstandigheid dat bedoelde verplicht verzekerden thans vrijwillig verzekerd zijn.

De positie van de ziekenfondsen

De leden van de P.v.d.A.-fractie wezen erop dat geen antwoord was gegeven op de vraag over de verstrekkingen in natura.

Naar aanleiding hiervan merkt de ondergetekende op dat deze leden blijkens het voorlopig verslag in concreto hebben gevraagd of overwogen wordt bij de particuliere ziektekostenverzekeraars te komen tot een systeem van verstrekkingen in natura. Op deze vraag is ontkennend geantwoord.

Aan de door deze leden in dit verband genoemde beheers- en registratieproblematiek is aandacht besteed onder het opschrift «Beleid op langere termijn».

Tot slot kan nog worden vermeld dat het KLOZ de ontwikkelingen die zich bij de 800 000 thans vrijwillig verzekerden zullen voordoen, nauwgezet zal volgen, zodat zeker met betrekking tot die groep de nodige gegevens beschikbaar zullen komen.

Inhouding

De leden van de fractie van de P.v.d.A. vroegen om de reden van de principiële voorkeur voor inhouding bij de bron van de premie van bejaarde verplicht verzekerden. Zij gaven te kennen dit in feite een niet erg efficiënte methode te vinden.

In antwoord op deze vraag wijst de ondergetekende erop dat in de verplichte ziekenfondsverzekering bij alle verzekerden jonger dan 65 jaar inhouding van de verschuldigde ziekenfondspremie aan de bron geschiedt. Inhouding aan de bron is algemeen uitgangspunt bij de sociale verzekeringen. Daarom is ook voor de hier genoemde groep voor inhouding aan de bron gekozen.

Studentenverzekering

De leden van de fractie van de P.v.d.A. misten een antwoord op de vraag over de inkomensachteruitgang van studenten die nu f 85 en straks f 135 per maand gaan betalen. Daarbij wordt bedoeld op studenten die niet via hun ouders maar rechtstreeks vrijwillig verzekerd zijn tegen betaling van een gereduceerde premie van f 85 per maand. Ook werd aandacht gevraagd voor gehuwde studenten en gehuwden met twee kinderen die met een belangrijke inkomensachteruitgang zullen worden geconfronteerd.

De ondergetekende stelt vast dat de voorstellen tot wijziging van de huidige verzekeringsmogelijkheden niet voor alle specifieke situaties een oplossing zullen bieden. Er zijn groepen verzekerden die er na realisering van de voorstellen in besteedbaar inkomen op vooruit zullen gaan. Evenwel zijn er ook groepen voor wie een inkomensachteruitgang zal ontstaan. Dit is niet te voorkomen.

Voor de meeste studerende studenten die thans vrijwillig verzekerd zijn ingevolge de Ziekenfondswet zal er een financieel voordeel ontstaan. Onderkend wordt dat in sommige gevallen sprake zal zijn van een financieel nadeel.

Voor een studerende die zelfstandig een vrijwillige verzekering heeft afgesloten en die kan aantonen dat zijn ouders ook ziekenfondsverzekerden zijn, wordt een gereduceerde premie in rekening gebracht. Is deze student geheel of gedeeltelijk financieel afhankelijk van zijn ouders zodat sprake is van kinderbijslag of – in bepaalde situaties – van belastingaftrek, dan zal deze student straks via zijn ouders meeverzekerd kunnen zijn voor het standaardpakket tegen een premie van f 67,50 per maand. Is de student niet financieel afhankelijk van zijn ouders en wordt er dus geen kinderbijslag genoten, dan zou hij inderdaad kunnen worden geconfronteerd met een hogere premie welke hij zal moeten bekostigen uit zijn zelfstandig inkomen. Deze situatie kan zich ook voordoen bij studerenden die gehuwd zijn, zeker ingeval er sprake is van het hebben van kinderen.

De door deze leden gesignaleerde situaties zijn in een overleg dat de ondergetekende kort geleden heeft gevoerd met het bestuur van de Stichting Studenten Gezondheidszorg Ziektekostenverzekering (SSGZ), aan de orde geweest.

Afgesproken is dat door de SSGZ zal worden onderzocht welke financiële problemen zich straks zullen gaan voordoen en om hoeveel gevallen het gaat. De ondergetekende heeft toegezegd om, nadat de benodigde gegevens bekend zijn geworden, te bezien of en zo ja, welke compenserende maatregelen in de rede liggen.

Deze leden vroegen voorts om een nadere uitleg van het in de memorie van antwoord gestelde ten aanzien van een van overheidswege in te stellen categorale ziektekostenverzekering voor studerenden.

De ondergetekende merkt hierover op dat hij een oplossing voor de problematiek van het ziektekostenverzekeringsstelsel via een categorale benadering verwerpt. De ziekenfondsverzekering wordt gekenmerkt door een generale solidariteit. Het onderhavige wetsvoorstel en de onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën in dit kader ingediende wetsvoorstellen hebben mede tot doel een dergelijke solidariteit onderdeel te doen worden van het systeem van particuliere ziektekostenverzekeringen. Dit geschiedt door middel van de verschillende vormen van verevening. In deze intentie past dan ook niet een door de overheid te creëren categorale verzekering.

De leden van de P.v.d.A.-fractie vroegen een nadere uitleg met betrekking tot de halvering van de MOOZ- en ILPZ-bijdrage voor studerenden.

In antwoord op deze vraag merkt de ondergetekende op dat deze materie in eerste instantie de Minister van Financiën regardeert. Erkend wordt dat indien als leeftijdsgrens in deze de leeftijd van 27 jaar zou worden gehanteerd, de betreffende verzekeraar voor een aantal studerenden de volledige bijdrage verschuldigd zou zijn. Er zal nog nader dienen te worden bezien of en zo ja, op welke wijze hieraan tegemoet moet dan wel kan worden gekomen.

Financiële gevolgen

De leden van de fractie van de P.v.d.A. vroegen of het niet onlogisch en inefficiënt is om weer een apart orgaan in het leven te roepen voor de inkomenstoets van de voorgestelde compensatieregeling. De ziekenfondsen beschikken immers over deze gegevens, zo vervolgden deze leden.

De ondergetekende wijst er op dat er een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden enerzijds de premiereductieregeling welke in het kader van de vrijwillige ziekenfondsverzekering wordt getroffen door de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en anderzijds de compensatieregeling voor zelfstandigen welke in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering wordt getroffen onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Economische Zaken en de Minister van Landbouw en Visserij.

De situatie is zo dat na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel de ziekenfondsen formeel niets van doen hebben met de uitvoering van de compensatieregeling. Daarbij komt dat de compensatieregeling

ook geldt voor zelfstandigen die verzekerd zijn bij andere particuliere verzekeraars dan de bovenbouwmaatschappijen. De ondergetekende acht het dan ook juist dat een onafhankelijke stichting wordt opgericht welke door de laatstgenoemde ministers zal worden aangewezen om zorg te dragen voor een goede uitvoering van de compensatieregeling.

Invoeringsdata en overgangsproblemen

Door de leden van de V.V.D.-fractie werd gevraagd waarom in het wetsvoorstel een overgangsbepaling en geen mogelijkheid tot gefaseerde invoering (behoudens artikel 25, tweede lid) werd opgenomen.

De ondergetekende wijst erop dat het wetsvoorstel de nodige overgangsbepalingen bevat; verwezen wordt naar de artikelen 12 tot en met 23. Afgezien van het specifieke geval, geregeld in artikel 25, tweede lid, biedt het wetsvoorstel geen mogelijkheid tot gefaseerde invoering ervan. Dat zulks niet is voorgesteld hangt samen met de omstandigheid dat gefaseerde invoering ongewenst wordt geacht gezien de nauwe samenhang tussen de diverse onderdelen van het wetsvoorstel. Bij de schriftelijke en mondelinge behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer der Staten-Generaal werd reeds uitvoerig uiteengezet waarom de verschillende onderdelen van het wetsvoorstel onderling onlosmakelijk samenhangen.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
J. P. van der Reijden