

Vergaderjaar 1985–1986 Nr. 110g

18972

## **Regels ten aanzien van de toegang tot de particuliere ziektekostenverzekeringen en uitbreiding van de personele werkingsfeer 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)**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 24 maart 1986

#### **Inleiding**

In het mondeling overleg dat ik met uw commissie mocht hebben op 18 maart jl. heb ik ten aanzien van een drietal vragen toegezegd daarop nog schriftelijk in te zullen gaan.

Het stenografisch verslag van bedoeld overleg nog eens overlezend meen ik er echter goed aan te doen ten aanzien van een aantal andere vragen nog een nadere verduidelijking te geven.

#### **Inhoud standaardpakket**

Door de leden van de fractie van het C.D.A. is te kennen gegeven dat zij van mening waren dat er nog te veel onzekerheid was over de inhoud van het standaardpakket.

De ondergetekende is van mening dat in de tot nog toe gevoerde parlementaire behandeling de inhoud van het standaardpakket een zodanige aandacht heeft gekregen, dat zowel bij het parlement als bij de meest betrokken organisatie, in dit geval het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) er voldoende inzicht in de omvang van dit pakket bestaat. Immers, bij brief van 1 november 1985 zijn concepten van de betreffende algemene maatregel van bestuur en de betreffende ministeriële regeling aan het parlement gezonden, terwijl op 6 december 1985 een uitgebreide vergelijking tussen het ziekenfondspakket en het standaardpakket is toegezonden<sup>1</sup>. Voor alle duidelijkheid zijn deze stukken nogmaals als bijlage bij de onderhavige nota gevoegd.

Zoals reeds eerder vermeld beschikken de particuliere ziektekostenverzekeraars over een concept van de standaardpolis, opgesteld door het KLOZ, zodat deze de verzekerden kunnen inlichten.

<sup>1</sup> Nedergelegd ter griffie.

## **Alternatieve geneeswijzen**

Door de leden van de fractie van het C.D.A. is gewezen op de problemen die kunnen ontstaan indien thans particulier verzekerden, die als gevolg van het onderhavige wetsvoorstel verplicht ziekenfondsverzekerd worden, een lopende behandeling bij een alternatieve arts, bijvoorbeeld een homeopatische huisarts, willen voortzetten.

Naast hetgeen de ondergetekende reeds in de lopende parlementaire behandeling heeft gesteld, kan nog op het volgende worden gewezen. In de huidige situatie bestaat er jaarlijks, onder andere door de jaarlijkse toetsing aan de loongrens, een grote in- en uitstroom van verplichte ziekenfondsverzekerden. Duizenden mensen verlaten de verplichte ziekenfondsverzekering en dienen zich particulier te verzekeren; duizenden mensen verlaten een particuliere ziektekostenverzekering en worden verplicht verzekerd. Het hier aan de orde zijnde probleem doet zich thans dus ook voor. Het enige nieuwe is dat bij inwerkingtreding van de WTZ het in absolute zin om een wat groter aantal verzekerden dan gebruikelijk zal gaan. De mogelijkheden om in het kader van de verplichte ziekenfondsverzekering op een alternatieve wijze behandeld te worden zijn beperkt tot die situatie waarin de medewerkers waarmee het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten, deze geneeswijzen hanteren. Indien de door de leden van de C.D.A.-fractie genoemde verzekerden op een alternatieve wijze behandeld worden door een arts die géén overeenkomst met het ziekenfonds heeft afgesloten, is het in principe toch mogelijk dat de verzekerde op grond van artikel 9, vierde lid, van de Ziekenfondswet, zijn aanspraak op deze vormen van hulp geldend kan maken. De bevoegdheid daartoe berust echter bij het individuele ziekenfonds.

Voorts wenst de ondergetekende erop te wijzen dat er voor ziekenfondsverzekerden de mogelijkheid bestaat om zich aanvullend voor alternatieve geneeswijzen te verzekeren bij particuliere verzekeraars.

## **Kunst- en hulpmiddelen**

Tijdens het mondeling overleg over het onderhavige wetsvoorstel is door de leden van de fractie van de V.V.D. verzocht toe te zeggen dat geen uitbreiding zal worden gegeven aan de toepassing van artikel 42, vierde lid, van de Ziekenfondswet (artikel 5, onder P. van het voorstel). Op grond hiervan is het ziekenfonds toegestaan om, in afwijking van het beginsel dat het verboden is zelf diensten of zaken te leveren, bepaalde medische kunst- en hulpmiddelen in gebruik te geven. Zoals in de op 7 maart 1986 aan de Eerste Kamer toegezonden memorie van antwoord is aangegeven, dient deze bepaling te worden gezien in samenhang met het Besluit kunst- en hulpmiddelen ziekenfondsverzekering 1981 (Stcrt. 1980, 249). In deze regeling die bij Besluit van 19 december 1980 is ingevoerd is voor het grootste deel van de kunst- en hulpmiddelen uitgangspunt dat aan verzekerden aanspraak wordt verleend op verstrekking in eigendom. Slechts in zeer beperkte mate is verstrekking in bruikleen mogelijk. Volledigheidshalve zij erop gewezen dat de particuliere ziektekostenverzekering in feite een gelijksoortige regeling kent, welke op verzoek van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1981 gelijktijdig met de regeling in het kader van de ziekenfondsverzekering is ingevoerd.

Bedacht moet worden dat slechts een beperkt aantal kunst- en hulpmiddelen zich voor verstrekking in bruikleen door het ziekenfonds, leent. Het gaat hierbij om middelen waarbij het onnodig kostbaar onderscheidenlijk ondoelmatig is indien aan elke verzekerde, voor wie dat is aangegeven, deze middelen in eigendom worden gegeven.

Dit is dan ook de reden dat dit onderdeel van deze regeling sedert 1981 geen wijziging heeft ondergaan. Het ligt dan ook in de rede aan te nemen dat een uitbreiding van de verstrekking in bruikleen van kunst- en

hulpmiddelen slechts in beperkte mate zal plaatsvinden. Hierbij zij echter in de eerste plaats aangetekend dat het beleid er ondermeer op is gericht in meerdere mate thuisverpleging mogelijk te maken. De verstrekking van kunst- en hulpmiddelen, waaronder de verstrekking in bruikleen, kan daarbij een belangrijke rol spelen. In de tweede plaats moet worden bedacht dat de bruikleenverstrekking een niet onbelangrijke bijdrage kan leveren aan de beheersing van de met de verstrekking van kunst- en hulpmiddelen gemoeide kosten. Als gevolg van dergelijke ontwikkelingen kan een, naar overigens mag worden aangenomen, beperkte uitbreiding van het Besluit kunst- en hulpmiddelen ziekenfondsverzekering 1981, ook wat betreft de verstrekking in bruikleen, niet alleen niet te vermijden doch zelfs wenselijk zijn. Tenslotte zij volledigheidshalve nog vermeld dat een en ander los staat van de hulpmiddelen die door de kruisverenigingen voor rekening van de AWBZ-verzekering worden verstrekt als onderdeel van de verstrekking hulp vanwege een kruisorganisatie. Het ligt uiteraard niet in het voornemen de verstrekking in bruikleen van deze hulpmiddelen van de kruisvereniging over te hevelen naar de ziekenfondsen.

### **Algemene Bijstandswet**

Van de zijde van de fractie van de P.v.d.A. werd gevraagd naar een uitleg over het al dan niet meetellen van periodieke bijstand waarover ziekenfondspremie verschuldigd is. Er zou ten aanzien hiervan een discrepantie bestaan tussen mededelingen in de circulaire van de Ziekenfondsraad en van de zijde van Divosa.

Voor een goed begrip zal hieronder worden aangegeven hoe de situatie na aanvaarding van het wetsvoorstel zal zijn.

In het kader van de Algemene Bijstandswet wordt wel gesproken over de volgende vier categorieën bijstand:

- periodieke bijstand voor de algemene kosten van bestaan;
- periodieke bijstand voor de bijzondere kosten van bestaan;
- incidentele bijstand;
- leenbijstand.

Alleen periodieke bijstand die wordt verleend om te kunnen voorzien in de algemene kosten van het bestaan wordt voor personen, jonger dan 65 jaar, titel voor verplichte ziekenfondsverzekering. Over die bijstand is premie verschuldigd die geheel ten laste van het uitkerende orgaan komt. Bijzondere bijstand, ook al wordt die periodiek verleend, zal geen titel worden voor verplichte ziekenfondsverzekering evenmin als incidentele bijstand en leenbijstand.

Voor personen die 65 jaar of ouder zijn kan naast het AOW-pensioen aanvullende bijstand in de algemene kosten van bestaan worden verleend, bijvoorbeeld indien sprake is van een gekort AOW-pensioen. Deze bijstand zal op zich geen titel worden voor verplichte ziekenfondsverzekering, ook al wordt zij periodiek verleend.

Van personen die op het AOW-pensioen aanvullende bijstand zullen ontvangen moet dan ook worden onderzocht of zij na het bereiken van het 65e jaar verplicht verzekerd blijven.

Is dat het geval dan zal de aanvullende bijstand worden onderworpen aan de premieheffing omdat deze bijstand zal worden beschouwd als «inkomsten uit of in verband met het verrichten van arbeid». Ook in dat geval komt de premie geheel voor rekening van de uitkerende instantie, i.c. de gemeentelijke sociale dienst.

In geval dat betrokkene particulier verzekerd is bij het bereiken van het 65e jaar blijft hij of zij zults. Eventuele bijstand naast het AOW-pensioen vormt dan zoals reeds vermeld geen titel voor verplichte ziekenfondsverzekering.

De verwarring op dit punt is wellicht ontstaan omdat waar de Ziekenfondsraad in de circulaire van 8 februari jl. spreekt over periodieke bijstand bedoeld wordt periodieke bijstand ter voorziening in de algemene

kosten van het bestaan, zonder dat dit uitdrukkelijk is vermeld. Overigens spreken de circulaire van de Ziekenfondsraad en het informatiebulletin van Divosa elkaar niet tegen.

### **Weduwen**

Door de leden van de fractie van het C.D.A. is aandacht gevraagd voor de weduwe die minder dan 45% arbeidsongeschikt is. Op grond van de AWW-uitkering is zij wel verplicht verzekerd; op grond van haar AAW-uitkering dan wel het ambtelijk invaliditeitspensioen niet. Kan voor deze weduwe ook geen keuzemogelijkheid geschapen worden, zo vroegen deze leden.

In antwoord hierop deelt de ondergetekende mede dat zijns inziens de positie van deze weduwe niet verschilt van die van andere weduwen. Voor hen zal in principe de verplichte ziekenfondsverzekering gaan gelden die na het bereiken van de 65-jarige leeftijd wordt voortgezet. De ondergetekende acht dit, gezien het systeem van premie naar draagkracht in de verplichte ziekenfondsverzekering, verantwoord. Daarbij kan nog worden gesteld dat deze weduwe alleen over het AWW-pensioen premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering verschuldigd is. Indien deze weduwe een inkomen boven de loongrens heeft, zal zij de wens te kennen kunnen geven niet verplicht verzekerd te willen worden. Ondergetekende ziet geen reden om voor deze gevallen een van de algemene bepalingen afwijkende regeling te scheppen.

### **Ambtelijke ziektekostenregeling**

Door de leden van de fractie van het C.D.A. is gewezen op het mogelijk op termijn tot stand komen van een zogenaamde IZO-regeling voor ambtenaren; dat wil zeggen één uniforme ziektekostenregeling voor alle ambtenaren. Zou het niet verstandig zijn, zo vroegen deze leden, om in afwachting van definitieve besluitvorming over een dergelijke regeling alle gewezen ambtenaren met een invaliditeitspensioen van het ABP integraal uit te zonderen van de verplichte ziekenfondsverzekering op grond van artikel 16, derde lid, van de WTZ, dan wel een keuzemogelijkheid te geven door middel van artikel 16, vierde lid, van de WTZ.

Met betrekking tot het over deze problematiek door hem ingenomen standpunt wil de ondergetekende nog het volgende opmerken. Naast een aantal gewezen ambtenaren met een invaliditeitspensioen die thans particulier verzekerd zijn, zijn er ook vele – gewezen – ambtenaren die thans een vrijwillige ziekenfondsverzekering hebben afgesloten. Met name bij verzekerden met een inkomen onder de loongrens zal dit het geval zijn. Het voorstel van de hier aan het woord zijnde leden zou betekenen dat de thans vrijwillig verzekerde gewezen ambtenaren met een invaliditeitspensioen op een particuliere ziektekostenverzekering aangewezen zouden zijn.

Dit in aanmerking nemend heeft het kabinet er indertijd voor gekozen om de gewezen ambtenaren met een invaliditeitspensioen in principe verplicht ziekenfondsverzekerd te doen worden, met dien verstande dat diegenen onder hen die een inkomen boven de loongrens hebben op verzoek van deze verplichting ontheven kunnen worden. Daarbij zij er nog op gewezen dat het thans onbekend is op welke termijn er eventueel zal worden beslist over het al dan niet tot stand komen van een IZO-regeling.

De ondergetekende acht geen redenen aanwezig om op dit punt af te wijken van het eerder ingenomen standpunt.

### **Oplossen noodsituaties na inwerkingtreding van de WTZ**

Van de zijde van de leden van de fractie van het C.D.A. is aan de ondergetekende verzocht toe te zeggen dat na inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel, eventueel via «reparatie»-wetgeving, aan gebleken noodsituaties het hoofd zal worden geboden.

Met betrekking tot deze problematiek verwijst de ondergetekende allereerst naar hetgeen hij hierover reeds heeft gesteld ten aanzien van de studerende. In zijn algemeenheid wil de ondergetekende echter toezeggen dat hij na inwerkingtreding van de WTZ bereid is om na te gaan welke problemen zich voordoen, om hoeveel personen het gaat en om welke bedragen het daarbij gaat. Op basis van deze inventarisatie zal bezien worden of en zo ja, op welke wijze er bij kennelijke noodsituaties maatregelen kunnen en/of dienen te worden getroffen. Dit zou kunnen geschieden hetzij via gebruikmaking van het in het onderhavige wetsvoorstel aanwezige instrumentarium (artikel 16, derde en vierde lid), hetzij via «reparatie»-wetgeving, hetzij via een zogenaamde «praktijkoplossing».

Daarbij wil de ondergetekende er echter nu reeds op wijzen dat het uiteraard niet altijd mogelijk zal zijn om individuele situaties op te lossen door wijziging van de algemene regelgeving. De eventuele negatieve effecten van dergelijke wijzigingen voor andere verzekerden zullen daarbij ook betrokken moeten worden.

### **Hoogte inkomen waarboven keuzevrijheid bestaat**

Van de zijde van de fractie van de V.V.D. is de vraag gesteld of de inkomensgrens, waarboven uitkeringsgerechtigden de wens te kennen kunnen geven niet verplicht verzekerd te willen worden, niet op een bedrag zou kunnen worden vastgesteld gelijk aan 70% van het bedrag van de loongrens. In het algemeen zal immers een uitkeringsgerechtigde maximaal een uitkering ontvangen van 70% van het laatstverdiende loon, zo werd betoogd.

In antwoord op dit verzoek kan gewezen worden op hetgeen over deze problematiek op pagina 42 en 43 van de memorie van toelichting is vermeld (Kamerstukken II, 1984-1985, 18 972, nrs. 1-3). Daar staat duidelijk verwoord dat het kabinet van mening is dat de verplichte ziekenfondsverzekering met name van toepassing dient te zijn op diegenen die een inkomen hebben beneden de loongrens. Vandaar dat als algemene inkomensgrens, waarboven uitkeringsgerechtigden die niet uit andere hoofde reeds verplicht verzekerd zijn de wens te kennen kunnen geven niet verplicht verzekerd te willen worden, is gekozen voor een bedrag gelijk aan de loongrens.

Ik acht het niet gewenst deze grens voor de totale groep uitkeringsgerechtigden te verlagen. Daarbij kan nog worden opgemerkt dat bij werknemers die uitkeringsgerechtigd worden ter zake van de verzekeringsplicht ook thans reeds getoetst wordt op grond van dit bedrag.

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