

Vergaderjaar 1985–1986 Nr. 110i

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 ziektekostenverzekeringen)**

### **VERSLAG VAN EEN MONDELING OVERLEG**

Vastgesteld 14 mei 1986

De vaste commissie voor Welzijn en Volksgezondheid<sup>1</sup> heeft op 13 mei 1986 mondeling overleg gevoerd met de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, de heer J. P. van der Reijden, ten einde meer duidelijkheid te verkrijgen over de praktische uitvoering van de Wet toegang ziektekostenverzekeringen, zoals die onlangs door de Eerste Kamer werd aanvaard en sinds 1 april jl. in werking is getreden.

Ter voorbereiding van het overleg heeft de commissie een aantal vragen en opmerkingen geformuleerd, waarop tijdens genoemd overleg een reactie van de bewindsman werd verwacht. Deze vragen en opmerkingen zijn hierachter als bijlage II opgenomen.

Van het mondeling overleg is door de Stenografische Dienst een woordelijk verslag opgesteld, dat hierachter als bijlage I openbaar wordt gemaakt.

De voorzitter van de commissie,  
mevrouw Ermen

De griffier van de commissie,  
Van der Putten

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Eijsink (CDA), mw. Uijterwaal-Cox (CDA), Pleumeekers (CDA), mw. Ermen (PvdA), voorzitter, mw. M. A. van der Meer (PvdA), Hofman (VVD), mw. Veder-Smit (VVD), Verbeek (VVD), mw. Tiesinga-Autsema (D'66), Vogt (PSP), IJmker (CPN), Abma (SGP), De Gaay Fortman (PPR), Schuurman (RPF) en Van der Jagt (GPV)

## BIJLAGE I

### Stenografisch verslag van een mondeling overleg van de vaste Commissie voor Welzijn en Volksgezondheid

#### Voorzitter: Ermen

Aanwezig zijn 7 leden der Kamer, te weten: Eijsink, Van der Meer, Veder-Smit, Schuurman, Uijterwaal-Cox, Hofman en Ermen,

en staatssecretaris Van der Reijden, die vergezeld is van enige ambtenaren.

#### Aan de orde is de uitvoering van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen.

De **Voorzitter**: Staatssecretaris, leden van de commissie, ambtenaren, welkom bij dit mondeling overleg. Krap vijf weken na het in werking treden van de wet toegang ziektekosten (WTZ) treffen wij elkaar opnieuw in een mondeling overleg. Tijdens het plenaire debat in deze Kamer zijn diverse vragen gesteld en is een motie aanvaard. U, staatssecretaris, was bereid om oplossingen te zoeken voor groepen betrokkenen. De vaste commissie wil graag met u spreken over de praktische uitvoerbaarheid van de wet. Aan u zijn daarover vragen en opmerkingen toegezonden.\* Wij vernemen daarop graag uw antwoord.

Van dit overleg wordt een verslag opgemaakt. Het verslag zal als gedrukt stuk aan de wet worden toegevoegd. Het zal dus publiek worden. Ik hoop – dit is mijn persoonlijke mening – dat dit het laatste overleg mag zijn dat wij hierover zullen hebben.

Ik geef het woord aan de staatssecretaris, ter beantwoording van de hem toegestuurde vragen. Wellicht is er na deze mondelinge beantwoording nog kort de mogelijkheid, nadere vragen te stellen of opmerkingen te maken. Ik neem tenminste aan dat daaraan behoefte bestaat. Als dat niet het geval is, zijn wij uiteraard eerder klaar dan gepland.

\* Zie bijlage II.

Staatssecretaris **Van der Reijden**: Mevrouw de Voorzitter! Ik verkeer even in verwarring, omdat ik veronderstelde dat de vragen in de organisatie al schriftelijk waren beantwoord. Ik zal de vragen en opmerkingen graag mondeling beantwoorden, zij het dat ik af en toe een kleine aarzeling – bij mij zeer ongebruikelijk – moet inbouwen.

Ik begin met een paar inleidende opmerkingen. Allereerst constateer ik dat veel van de gemaakte opmerkingen te maken hebben met de praktische uitvoering van de WTZ. Al vóór 1 april jl., maar zeker ná die datum is er overleg geweest tussen het departement, de Ziekenfondsraad, de VNZ, het KLOZ en de KPZ. Voor diverse problemen is intussen een praktische oplossing gevonden. Over andere problemen wordt nog overleg gevoerd om alsnog tot een oplossing te geraken. Een aantal daarvan vindt men terug in de beantwoording van de mij gestelde vragen.

Een deel van de vragen kan verklaard worden vanuit een zekere onvrede met de omstandigheid dat mensen met een hoog inkomen – in dit geval mensen die naast loon of inkomen andere inkomsten hebben – wél ziekenfonds verzekerd dienen te zijn en dat anderen, met een laag inkomen, dat juist niet kunnen. Dat lijkt in ieder geval een anomalie waarover gesproken moet kunnen worden. Ik zal het eerst hebben over degenen die een hoog inkomen hebben, maar die toch ziekenfonds verzekerd dienen te zijn. Het kabinet heeft dit probleem al in een eerder stadium onderkend dan de behandeling van de WTZ. In april '85 is aan de Ziekenfondsraad advies gevraagd over de vraag welke inkomensbestanddelen in aanmerking dienen te komen bij de beoordeling van de verzekeringsplicht en de premieheffing. Daarbij zit voor, de bestaande Ziekenfondswet zodanig te wijzigen dat meer inkomensbestanddelen dan op dit moment een rol zouden moeten spelen bij de beoordeling van de verzekeringsplicht. Dit opdat de anomalie dat iemand met een klein inkomen uit loondienst of met een sociale uitkering verplicht verzekerd is en dus weinig premie betaalt, daarnaast nog een groot inkomen kan genieten, dat in totaal ruim boven de loongrens van de ziekenfondsverzekering ligt, wordt opgeheven. Ik vind dit zelf een van de belangrijkste adviezen die wij de laatste jaren hebben gevraagd aan

de Ziekenfondsraad. De Ziekenfondsraad is wat in de vertraging geraakt – dat is geen verwijt, maar een feitelijke vaststelling – omdat hij nog over te weinig materiaal beschikte. Het plan was, in het eerste kwartaal van dit jaar over een advies te kunnen beschikken. Het lukt de Ziekenfondsraad echter niet, aan dat plan tegemoet te komen. Sommigen zeggen, met een glimlach om de mond, dat enkele leden van die raad niet zo'n behoefte hebben aan snelle advisering. Ik heb die behoefte overigens wel, want het gaat om een vraagstuk dat er al heel lang ligt en dat nu buitengewoon urgent is geworden. Ik heb elders en in deze Kamer al eens mogen zeggen dat het natuurlijk wel betekend dat er circa een miljoen verzekerden bekeken moeten worden. In die orde van grootte liggen de getallen. De angst van sommigen is dat een deel van deze mensen de ziekenfondsverzekering zal dienen te verlaten, omdat het inkomen dan hoger is dan de loongrens. Ik vind dit een buitengewoon belangrijk advies, omdat de vraag of men de ziekenfondsverzekering moet verlaten, weer een andere politieke decisie vraagt. De vraag is dan namelijk of de loongrens wel de juiste grens is. Het allerbelangrijkste is evenwel dat de rechtsongelijkheid – het is een wat zwaar woord – die nu bestaat, namelijk dat men aanspraak kan maken op een ziekenfondsverzekering, die niet is bedoeld voor mensen die beschikken over een dergelijk hoog inkomen, terwijl anderen er met een lager inkomen niet voor in aanmerking kunnen komen, althans voor het eerste deel kan worden bijgesteld. De vraag of men in feite de verzekering moet verlagen, is een vraag van tweede of van gescheiden orde. Dat betreft dus de vraag of de loongrens van ongeveer f 48 500 moet blijven, elk jaar verhoogd met 1 of 2%. Ik kan mij voorstellen dat het kabinet zegt: als zoveel mensen de ziekenfondsverzekering moeten verlaten bij het hanteren van een juist criterium, dan willen wij de grens wel bijstellen, bij voorbeeld in de richting van premie inkomensgrens van de volksverzekering. Die grens bedraagt iets meer dan f 62.000. Ik zeg niet dat de loongrens op deze grens voor de volksverzekering moet worden gelegd. Dat beweer ik niet. Ik zeg alleen dat ik mij kan voorstellen dat het volgende kabinet de beslissing neemt, de grens in de richting van de

grens voor de volksverzekering te verschuiven. Ik vind dit een van de belangrijkste beslissingen die wij dit jaar zullen moeten nemen. Ik had haar graag reeds nu aan u voorgelegd, omdat het voor mij eigenlijk een «aanhangsel» aan de WTZ was. De Ziekenfondsraad is echter wat in de vertraging geraakt – door welke oorzaak dan ook; ik laat dat maar even rusten – waardoor het advies pas in het derde kwartaal van dit jaar schijnt te komen. Gelukkig zitten in allerlei werkgroepen en commissies ambtenaren van ons ministerie, zodat ik niet helemaal het uiteindelijke advies hoeft af te wachten. Ik kan waarschijnlijk al eerder beschikken over de hoofdlijnen van het advies.

Mevrouw de Voorzitter! Met uw toestemming maak ik even een uitstapje. Een van de redenen dat de huisartsen op dit moment zo agressief reageren op de voorstellen van het kabinet, is juist gelegen in het volgende feitelijke gegeven: als het volgende kabinet niet besluit tot het optrekken van de loongrens, dan kan dat betekenen – ik zeg dit onder al het voorbehoud – dat zelfs nog meer verzekerden de ziekenfondsverzekering zouden moeten verlaten dan nu het geval is.

Dat zou kunnen betekenen, dat het probleem van de huisartsen geaggraveerd, verscherpt wordt. Dat is een van de redenen waarom de huisartsen zo reageren. Ik heb hen dan ook gezegd – ik koppel nu twee dingen aan elkaar, maar ik weet dat ten minste een van de leden vanavond een aantal huisartsen iets moet toevoegen – dat het naar mijn mening niet goed mogelijk is om tot een dergelijke drastische stap over te gaan zonder dat het probleem van de huisartsen ten minste ten principale is aangepakt. Ik zeg dit even om duidelijk aan te geven hoe belangrijk ik het probleem vind. Enerzijds moet het, na een aantal jaren aarzelen, naar mijn mening worden aangepakt, dat wil zeggen dat in het kader van de verplichte ziekenfondsverzekering het inkomen moet worden vastgesteld dat de plicht en de premieheffing bepaalt en anderzijds gaat het om de effecten daarvan voor een aantal beroepsbeoefenaren.

De andere kant van het probleem is het feit, dat degenen die een laag inkomen hebben desalniettemin in een aantal gevallen buiten de ziekenfondsverzekering blijven. In mijn ogen is dit probleem van een iets andere orde van grootte. Het

eerste probleem zie ik, nogmaals, als vrij gemakkelijk oplosbaar, als vrij gemakkelijk in kaart te brengen en als een probleem waarover vrij gemakkelijk een politieke beslissing kan worden genomen.

Het tweede probleem is iets lastiger. Het is namelijk het probleem van de mensen met een lager inkomen die om welke reden dan ook niet voor de ziekenfondsverzekering in aanmerking kunnen komen. Dat probleem is lastiger, omdat het er al was voor de stelselwijziging en de stelselwijziging natuurlijk voor een nieuwe groep problemen opleverde; echter ook in de oude situatie waren er al mensen met een inkomen onder de loongrens die toch particulier verzekerd werden en door de invoering van de WTZ is er natuurlijk een nieuwe groep bijgekomen.

De WTZ is slechts als tussenstap bedoeld om het systeem op te schonen. De WTZ is nooit bedoeld als laatste fase. De regering kan nu niet, na de invoering van de WTZ, achteruit zitten en zeggen, dat dit de ideale situatie voor de toekomst is. Het is een schoningsoperatie geweest om de zaak helder te krijgen in twee verticale kolommen, namelijk de verplichte verzekering en de particuliere ziektekostenverzekering. In een volgende fase zal een verdergaande stelselwijziging moeten worden ingevoerd, waarbij het probleem van de niet-verplicht verzekerden met een inkomen lager dan de loongrens mede een rol zal kunnen spelen. In mijn gedachten kan je daarmee twee kanten op. Iedereen met een inkomen lager dan de loongrens wordt in een beperkte volksverzekering gevat. Daarover circuleert een documentje tussen een paar ambtenaren en mij. Wij praten daarover maar het heeft nog niet zoveel zin om het uit te laten lekken, want er zijn nog veel te veel opmerkingen en kanttekeningen te maken. Het is nog niet rijp om uit te laten lekken. Een van de mogelijkheden is dus om iedereen met een inkomen beneden de inkomensgrens, onverschillig de wijze waarop het inkomen is verworven, in een beperkte volksverzekering te vatten. Een andere mogelijkheid – een documentje wat van mij naar de ambtenaren is gestuurd – is om aan het tekortschieten van het inkomen wat te doen, dus nu niet meer met verzekerden te zeulen en niet meer verzekerden over te plaatsen van de ene verzekeringsvorm naar de andere maar om in de

financiering van de premie iets te doen. Ik zal een heel klein tipje van de sluier oplichten: ik kan mij voorstellen, dat bij de bepaling van het totale premiebedrag dat op basis van AWBZ en andere verzekeringen door de verzekerde op tafel moet worden gelegd, een maximum – zoiets als bij voorbeeld de 5% bij de ambtenaren – wordt ingebouwd. Er zijn dus twee mogelijkheden en wij hebben nu een tussensituatie. Het is denkbaar, dat je in een bepaalde volksverzekeringsgedachte weer mensen «oppakt» en overplaatst naar een verplichte verzekering – wat dan een beperkte volksverzekering wordt – en het is mogelijk, dat je ze laat zitten en dat je in de totale verrekening er rekening mee houdt dat niemand zwaarder wordt belast dan een x-percentage van zijn inkomen, waardoor er in ieder geval een gelijkheid bij vergelijkbare inkomensgroepen is. Tussen die twee uitersten beweegt zich de discussie tussen mijn ambtenaren en mij. Op korte termijn, voor het einde van het jaar – zo ik opnieuw in deze functie gekozen zou worden – zult u ten minste een ballon van mij aan de hemel kunnen zien verschijnen. Ik kondig u nu al aan wat, indien het een ballon is die mijn hand verlaat, u op de buitenkant van de ballon zult kunnen aantreffen. Dat is dus de andere problematiek. Nogmaals, het ene probleem wordt gevormd door de mensen die gedwongen zijn om in de verplichte verzekering te gaan respectievelijk die mensen die ten onrechte daarin zitten en het andere probleem wordt gevormd door de mensen die er niet in kunnen, hoewel hun inkomen lager is dan de loongrens. Wij moeten voor hen binnen afzienbare tijd mogelijkheden zien te vinden.

In het algemeen wil ik opmerken, dat wij ervoor moeten oppassen dat wij het karakter van de bestaande ziekenfondsverzekering niet verder verlaten. De ziekenfondsverzekering gaat uit van een plicht. Indien je looninkomen hebt dat lager is dan een bepaald bedrag, dien je solidair mee te betalen. Het is niet mogelijk om te kiezen als je in zo'n situatie bent geraakt. Welnu, de afgelopen jaren hebben wij, zeker bij deze WTZ is dat nog sterker geworden, natuurlijk een inbreuk op dat basisbeginsel gemaakt. Ik zal daarvan een paar voorbeelden geven.

In de eerste plaats hebben wij een permanente uitzondering gemaakt

voor rechthebbenden op een sociale-zekerheidsuitkering met daarnaast een loon boven de loongrens. In de tweede plaats hebben wij een tijdelijke uitzondering mogelijk gemaakt voor deelnemers aan publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren. Dat was de IZA-problematiek. In de derde plaats is er een tijdelijke keuzemogelijkheid ontstaan voor rechthebbenden op een AAW- of AWW-uitkering met een totaalinkomen boven de loongrens. In het jargon van de ministeries heet dat – in het openbaar komt dit altijd zo hard over – het probleem van de Wassenaarse weduwen. Er is een permanente uitzondering gemaakt voor een bepaalde categorie rechthebbenden op een WAO- en WW-uitkering wanneer hun totaalinkomen uit of in verband met dienstbetrekking die aan de uitkering ten grondslag ligt hoger is dan de loongrens. Dat heet in het jargon de Nijhuis-problematiek, die het vorige jaar in de Tweede Kamer aan de orde is gesteld naar aanleiding van de 1-oktobermaatregel.

Ten slotte is er dan nog wat wel de «Veder/CDA-problematiek» genoemd wordt. Nu kun je dat lijstje naar believen aanvullen. Het zijn ook geen vreselijke dingen. Het betreft altijd een beperkt aantal mensen. Al deze zaken zijn echter even zovele inbreuken op de systematiek zelf. Naar mijn mening is het erg onverstandig om op die weg door te gaan. Al was het alleen maar vanwege het feit, dat je op een gegeven moment zult moeten constateren, dat de totaliteit van die inbreuken toch weer onafwendbaar leidt tot problemen in de financiering van die verzekering. Vandaar dat mijn houding ten aanzien van verder gaande inbreuken op de systematiek op dit moment een uiterst koele is.

Mijn voorkeur gaat ernaar uit, de overgangstermijn van vier maanden af te wachten. Dat heeft op zich zelf niets te maken met de maatregelen die wij voorzien. Die vier maanden blokkeren dus niets. Als het echter gaat om een beoordeling van de feitelijke gevolgen van de WTZ – dat is evaluatie –, stel ik voor die vier maanden af te wachten. Wij weten dan heel precies wie wat gekozen heeft. Wij kunnen elkaar dan twee maanden na het verstrijken van die evaluatietermijn opnieuw ontmoeten, indien u van mij intussen geen schriftelijke suggesties ter zake hebt

ontvangen. Naar mijn mening kan een evaluatie van de feitelijke gevolgen voor een aantal groepen pas goed gemaakt worden als de keuzetermijn verstreken is. Naar mijn mening zijn per 1 augustus die vier maanden voorbij. Ik stel derhalve voor in september of oktober de evaluatie kritisch te bezien. De Kamer kan ook een schriftelijke rapportage krijgen indien zij dat wenst. Daarop sloeg destijds ook mijn opmerking over de reparatiewetgeving. Dit laat onverlet, dat in die tussentijd een aantal andere problemen wel aangepakt kan worden.

Ik kom dan bij de beantwoording van de feitelijke vragen, mevrouw de Voorzitter.

Er is gevraagd of het mogelijk is om AWW-gerechtigden van 62 jaar of ouder een tijdelijke keuzemogelijkheid te bieden op grond van artikel 16, lid 3 van de WTZ. Het gaat daarbij om weduwen van de KNIL-militairen. Evenals andere weduwen worden weduwen van KNIL-militairen tijdelijk van de verplichte verzekering ingevolge de Ziekenfondswet uitgezonderd indien zij deelnemer zijn van een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering of ambtenarenverzekering dan wel, voor zover zij een inkomen hebben van meer dan f 48 500,- per jaar, en de wens daartoe te kennen geven. Het hebben van een particuliere ziektekostenverzekering tegen voor hen gunstige voorwaarden en een lage premie is geen aanleiding om deze weduwen anders te behandelen dan andere personen, zoals weduwen of werknemers die op latere leeftijd verplicht verzekerd worden ingevolge de Ziekenfondswet. Naar mijn mening dient met betrekking tot het toekennen van vrijstellingsperioden of keuzemogelijkheden terughoudendheid betracht te worden, omdat een en ander strijdig is met het verplichte karakter van de Sociale Ziektekostenverzekering. Ook wordt daarmee aan het aan de Sociale Ziektekostenverzekering ten grondslag liggende solidariteitsbeginsel geweld gedaan.

Er is gevraagd of personen die hun premie hebben afgekocht bij een particuliere verzekeringsmaatschappij en die nu verplicht verzekerd worden restitutie kunnen krijgen. Verder is gevraagd of personen die arbeidsongeschikt worden en daardoor in de verplichte verzekering vallen doch over een premievrije polis beschikken ontheffing kunnen krijgen.

In gevallen waarin de premie voor een bepaalde termijn vooruit is betaald, kan op grond van artikel 7, tweede lid van de Ziekenfondswet de premie van de particuliere verzekeraar worden teruggevorderd, behoudens ten hoogste 25% van het terug te betalen bedrag voor administratiekosten.

Ik heb tijdens de plenaire behandeling in antwoord op een vraag van mevrouw Van der Meer reeds gezegd, dat de problematiek niet nieuw is. Deze deed zich ook al voor vóór de wijziging van de ziekenfondsverzekering. Dat gebeurde wanneer iemand door een verhoging van de loongrens in de verplichte verzekering ging vallen terwijl hij voordien particulier verzekerd was. De wijze waarop betrokkene verzekerd is, speelt geen rol bij de beoordeling van de verzekeringsplicht. De wijziging van de Ziekenfondswet in de WTZ is niet fundamenteel en is derhalve geen aanleiding om van dat standpunt af te wijken. Ik moet u zeggen, dat het probleem zelf mij aanspreekt. Dat staat echter los van de WTZ. Als je inderdaad een polis bijna hebt afgekocht c.q. hebt laten afkopen en dan plotseling geconfronteerd wordt met de verplichte verzekering, dan betekent dat immers dat een bepaald verworven inkomen achteraf weer wordt afgenomen. Ik kan op dit moment niet meer maar ook niet minder toezeggen dan dat ik in de afgesproken evaluatieperiode met het KLOZ en met de VNZ wil overleggen over de vraag wat wij aan dit probleem gaan doen.

Want zoals ik al zei: het probleem was er al. Het is nu «gegraveerd» door de WTZ, maar meer ook niet. In de verscherping van het probleem vind ik aanleiding met betrokkenen te bespreken of werkelijk geen oplossing is te vinden.

Ik kom nu op de problematiek van de gescheiden vrouwen met alimentatie. Een grote groep zou zich niet verzekeren, omdat men f 270 per maand niet kan opbrengen. Het formele antwoord dat ik hierop dien te geven, is dat voor gescheiden vrouwen met kinderen die na 1 april 1986 zijn aangewezen op een standaardpolis en de premie niet kunnen betalen van de hun toegewezen alimentatie, eerst zal moeten worden bezien of deze alimentatie in verband met de verhoogde kosten van de ziektekostenverzekering kan worden aangepast. Het aanpassen

van de alimentatie is dus de ene kant van de medaille. Indien dat om welke reden dan ook niet kan, waardoor de alimentatieverzekering niet over voldoende financiële middelen kan beschikken, zal voor de premie ziektekostenverzekering een beroep kunnen worden gedaan op een uitkering ingevolge de Algemene Bijstandswet (besluit bijstandsverlening particuliere ziektekostenverzekering, 27 maart 1986). Daarvoor dient betrokkene zich te wenden tot de gemeentelijke sociale dienst van de woonplaats. Dat is het formele antwoord dat ik op de gestelde vraag moet geven. Ik heb overigens geen idee om hoeveel mensen het hierbij gaat.

Ik kom op de problemen rondom de studenten. Gehuwde studenten met kinderen die f 4860 per jaar moeten betalen voor een particuliere verzekering verzekeren zich niet. Ongehuwde studenten die f 600 per jaar moeten betalen, dreigen onverzekerd te blijven. Ik heb mij hierover laten informeren. Er is een gesprek geweest met de SSGZ. Het probleem valt in twee deelproblemen uiteen: een voor ongehuwde en een voor gehuwde studenten. Deze deelproblemen zijn verschillend in zwaarte en verschillend in aantal betrokkenen. De gehuwde studenten vormen het moeilijkste probleem, maar zijn ook het geringst in aantal. Uit een notitie heb ik begrepen, dat wij het daarbij over enkele tientallen gevallen hebben. Dat maakt de situatie natuurlijk niet minder vervelend, maar het geeft wel de omvang van het probleem aan.

Er zijn veel meer ongehuwde studenten. Over de problemen van deze groep zal de Ziekenfondsraad binnenkort een advies publiceren. Daarin zal de uitbreiding van de kring van verzekerden op basis van de Ziekenfondswet aan de orde komen. Het ziet er naar uit – ik geef daarover nog geen politiek oordeel – dat dat advies op korte termijn tot een beslissing zal leiden, zodat vanaf 1 oktober een oplossing kan worden gevonden voor de groep van ongehuwde studenten. Dan resteert het negatieve effect op de besteding van de ongehuwde studenten. Dat effect is beperkt tot zo'n f 300. Overigens is het departement van Onderwijs en Wetenschappen daarbij betrokken. De Wet op de studiefinanciering vormt het draaipunt van de gehele discussie. Wellicht kunnen de negatieve effecten verrekend worden

met de baten die dit departement zijn toegefallen. Nogmaals, naar aantal is het probleem van de ongehuwde studenten groter dan dat van de gehuwden. Het is wellicht op te lossen na het advies van de Ziekenfondsraad, misschien reeds per 1 oktober. Resteert een beperkt financieel nadeel voor degenen die daarbij betrokken zijn.

Het probleem van de gehuwden is moeilijker. Het gaat om een veel geringer aantal mensen, maar het probleem is niet gemakkelijk op te lossen. Wij zijn er dan ook nog niet uit. Het lijkt mij onverstandig op dit punt te speculeren. Op dit ogenblik wordt interdepartementaal overleg gevoerd. Er is sprake van een aanzienlijke inkomensachteruitgang voor deze groep.

Er zijn ook vragen gesteld over de MOOZ. Het lijkt mij goed als de vertegenwoordiger van Financiën hierop ingaat.

De heer **Pennink** (hoofd afdeling verzekeringswezen ministerie van Financiën): Het gaat om twee vragen betrekking hebbend op de MOOZ. De eerste vraag heeft specifiek betrekking op de positie van de Stichting Studenten Gezondheidszorg (SSGZ). De andere vraag heeft betrekking op de MOOZ-bijdrage van studerenden. Die twee zaken zou ik goed uit elkaar willen houden, omdat de SSGZ-problemen specifiek betrekking hebben op de solvabiliteitsproblemen in het jaar 1985, terwijl het andere punt betrekking heeft op alle studerenden, niet alleen in 1985.

Moeten de studerenden de MOOZ-bijdrage toch voor 100% opbrengen, ondanks de toezegging van de minister van Financiën dat slechts 50% zou moeten worden betaald? In de UCV in de Tweede Kamer van 20 november 1985 is de positie van de studerenden in het kader van de MOOZ aan de orde geweest. De minister heeft toen, sprekende over de studerenden, aangesloten bij die groep studerenden die in aanmerking zou komen voor de normvergoeding in de Wet op de studiefinanciering. Dat betreft dat bedrag van ± 750,-. Aan die groep studerenden werd toen gedacht. Dat paste ook in de inkomenspolitieke discussie die toen over de studerenden werd gevoerd in het kader van de MOOZ.

Je kunt stellen dat in de latere discussie over inkomensconsequen-

ties wellicht het zicht op die groep wat verdwenen is c.q. wat verschoven is. De problematiek is wat uitgedijd tot de hele groep studerenden. Maar oorspronkelijk was het oog gericht op die groep waarvoor de ± 750,- zou gelden.

Bij de voorbereiding van het uitvoeringsbesluit van de MOOZ is vervolgens gebleken dat het om een aantal redenen niet mogelijk is, studerenden als een afzonderlijke groep aan te merken. Dat was een majeur juridisch probleem, namelijk omdat de wet zelf geen ruimte biedt om naast een onderscheid naar leeftijds categorieën voor differentiatie van de MOOZ-bijdrage ook voor andere categorieën een onderscheid te maken. Studerenden zijn een afzonderlijke categorie. Als je in het kader van de MOOZ de studerenden als een afzonderlijke groep zou willen behandelen, dan zou je eigenlijk de wet moeten aanpassen. Een tweede probleem dat bleek, was dat verzekeraars grote administratieve problemen zouden ondervinden bij het identificeren van studerenden in hun portefeuilles.

Daarvoor hebben wij toen een oplossing gevonden door de studerenden compensatie te bieden via verhoging van het normbedrag voor de ziektekosten in het kader van de Wet op de studiefinanciering. Het resultaat is dat studerenden weliswaar niet voor de helft worden meegedeld, maar toch worden gecompenseerd via de Wet op de studiefinanciering. Dat betekent inderdaad dat dit tot uitdrukking kan komen in een hogere rentedragende lening voor de studenten. Maar je kunt zeggen dat het effect erg klein is. Het gaat om een bedrag van ten hoogste f 50,- per jaar, dat vervolgens afloopt. Het kan in 15 jaar worden afbetaald en de restschuld kan in het kader van de Wet op de studiefinanciering ook nog worden kwijtgescholden.

Ik kom dan op de positie van de SSGZ. De problematiek daarvan heeft uitsluitend betrekking op de MOOZ-bijdrage die de SSGZ nog over 1985 moet leveren. Daarover is overleg geweest met het KLOZ. Er is ook contact geweest tussen het ambtelijk bureau van het KLOZ en het bureau van de SSGZ, omdat de SSGZ f 750 000,- verschuldigd zou zijn boven de voorziening die zij zelf al had getroffen. Er is op ambtelijk niveau met de SSGZ al aangekaart dat de verzekeraars in het KLOZ daarvoor een oplossing zouden

zoeken. Ik heb begrepen, dat overleg zal plaatsvinden tussen het KLOZ-bestuur en het SSGZ-bestuur over de wijze waarop dat kan worden gerealiseerd. De conclusie ten aanzien van de SSGZ is dus, dat er geen gevaar is voor de solvabiliteitspositie. Voor het overige kan de MOOZ-bijdrage over 1985 zonder problemen door de SSGZ zelf worden opgebracht, omdat men zelf al een voorziening van f 750 000,- had getroffen. Over dit onderwerp zijn schriftelijke vragen gesteld aan de minister. Uiteraard zullen die ook worden beantwoord.

**Staatssecretaris Van der Heijden:** Mevrouw de Voorzitter! Waarom blijf ik een beetje op de vlakke als het op dit punt gaat om mogelijke oplossingen? Ik doe dat, omdat het probleem in wezen veroorzaakt is – dat is ook gebleken in een gesprek met de SSGZ – door het feit dat de SSGZ-degenen, die voorheen zelfstandig als vrijwillig verzekerde waren ingeschreven, nu in verband met hun gezondheidsrisico niet tegen de bij de SSGZ geldende premie ad f 40,- accepteert. Nu weet ik dat het parlement groot respect heeft voor de SSGZ. Ik ben het parlement daarvoor dankbaar, omdat de huidige SSGZ-constructie mede door mij is verzonnen. Daarmee geeft het parlement mij dus, zij het postuum, nog een pluim op de ondernemershoed.

Het probleem waarop wij vandaag stuiten, is dus net het probleem dat ikzelf heb veroorzaakt. Toen de SSGZ namelijk overging op de uitermate gezonde situatie waarin zij nu verkeert, is namelijk afstand gedaan van het non-selectie-principe. Zij kon namelijk niet meer concurreren met de verzekeringsmaatschappijen, omdat zij alles «rijp en groen» nam. Toen is gezegd: dat kun je ook niet volhouden, want dan ga je failliet. In de komende maanden moet ik met de verzekeraars in het algemeen fundamenteel praten over dat niet accepteren. Natuurlijk is het aardig om te denken aan uitbreiding van de Ziekenfondswet, waarmee je het probleem van de ongehuwden waarschijnlijk kunt oplossen. Maar daarmee los je niet het probleem van de gehuwden op. Je zou ook kunnen praten over solidariteit van de totale particuliere verzekering. Dan zou dat probleem voor een groot deel, zo niet geheel, uit de wereld zijn. Ik blijf met mijn antwoord ook op de vlakke, omdat er nog wel een andere mogelijkheid is: het terugdraaien van

datgene wat ik destijds zelf heb veroorzaakt.

De fractie van de P.v.d.A. heeft een vraag gesteld over de zich gediscrimineerd voelende «ABP-weduwen» en invaliditeitsgepensioneerden die uit het vrijwillig ziekenfonds komen. Daarover heeft zowel het parlement als het ministerie veel telefoontjes ontvangen. De gevoelens van discriminatie – in mijn stem klinkt nu geen enkel verwijt door – zijn terug te voeren tot het feit dat deze Kamer een motie van de leden Veder-Smit, Eijsink, Heijmans, Van Dalen en Schuurman heeft aanvaard, waaraan de regering uitvoering heeft gegeven. De Kamer heeft toen een bepaalde overweging als grondslag gebruikt. De regering heeft die overweging gevolgd. Ik hoef u niet voor te schilderen wat zich op het laatst van de plenaire behandeling heeft afgespeeld.

Het is duidelijk dat als gevolg van de indiening en uitvoering van die motie, de rechthebbenden op een ABP-invaliditeitspensioen een uitzonderlijke positie hebben ten opzichte van andere groepen uitkeringsgerechtigden. Dat is nu net de reden waarom de regering zich destijds heeft verzet tegen deze motie. Na haar loyaal uitgevoerd te hebben, zegt de regering dat wij nu niet verder kunnen gaan op dat pad, omdat wij dan het beginsel van de verplichte sociale verzekering wel buitengewoon veel geweld aandoen.

De fractie van de Partij van de Arbeid heeft verder het volgende gevraagd. Mannen boven de 65 jaar met een werkende vrouw worden als alleenstaand beschouwd, krijgen dus geen premiereductie en moeten zich nu particulier verzekeren, terwijl de vrouw in het ziekenfonds zit tot haar 65ste jaar. De gezamenlijke premie wordt, als de vrouw ook 65 jaar is, zo hoog dat velen overwegen zich niet langer te verzekeren. Het is juist dat het voor 1 april mogelijk was, medeverzekerd te zijn. Als gevolg van de aan de oudere partner toegekende AOW-uitkering, vermeerderd met de toeslag voor de jongere echtgenote, bedroeg het verzekeringsplichtig inkomen van de jongere partner namelijk minder dan de helft van het gezamenlijk inkomen van man en vrouw. Daardoor werd niet voldaan aan het kostwinnersvereiste, artikel 5 Besluit regeling medeverzekering 1983. De betrokkenen waren dan aangewezen op de vrijwillige verzekering, omdat, gelet op de hoogte van het gezamenlijk inkomen en tevens

rekening houdend met de inkomsten uit eventueel vermogen, toelating tot de bejaardenverzekering of premiereductie niet mogelijk was. Nu zijn de betrokkenen aangewezen op de particuliere markt.

Het is bekend dat als gevolg van een inkomensachteruitgang door het wegvallen van inkomsten uit arbeid of uitkering bij het bereiken van 65-jarige leeftijd van de verplicht verzekerde echtgenote, zich een situatie kan voordoen waarbij het betalen van de premie op problemen staat. In deze gevallen kan een bijzondere bijstandsuitkering worden verleend via de gemeentelijke sociale diensten op grond van het Besluit bijstandsverlening particuliere ziektekostenverzekering van 27 maart 1986. Ik heb dat zoëven ook al genoemd. De kosten daarvan worden uit de algemene middelen, via de Algemene Bijstandswet betaald. Dus kan men zich in de gevallen dat er geen geld is, toch via de Bijstandswet deze middelen van verzekering verschaffen.

Ik kom nu aan een reeds vragen van de Partij van de Arbeid die wat technischer van aard zijn. Ik heb eerst de beginselvragen beantwoord. Bijna alle vragen zijn ook namens D'66 gesteld.

De eerste vraag betreft het voorschieten van rekeningen. Wij hebben plenair al gesproken over de rekeningen van de ziekenhuizen. Daarvoor geldt het volgende beginsel. De rekening wordt eerst ingediend bij de particuliere verzekeraar. Deze maakt het geld over en dan kan de verzekerde de rekening voldoen aan degene die de rekening heeft verzonden. Zo gaat het als de rekeningen van de ziekenhuizen niet al rechtstreeks naar de verzekeraars worden gestuurd, want dat gebeurt ook. Het is mogelijk om dat ook te doen met de rekeningen van de artsen en apothekers. Meestal worden de medicijnen contant afgerekend bij de apotheek, maar de mogelijkheid bestaat om – zeker als er sprake is van een regelmatige medicijnafname – een maand- of kwartaalrekening te vragen. Daaraan is wel een geringe administratieve vergoeding verbonden, maar dan kan wel het systeem dat voor de rekeningen van de ziekenhuizen wordt gebruikt, worden toegepast.

Er is ook een vraag gesteld met betrekking tot de bejaarden die langdurig in het buitenland zijn geweest – bij de kinderen of om te overwinteren – die de bejaardenver-

zekering hebben opgezegd en nu een particuliere verzekering zouden moeten afsluiten. Dat probleem is onderkend. Er is overleg gepleegd tussen Ziekenfondsraad, VNZ, KLOZ en KPZ. Dat overleg is nog niet afgerond. Bezien wordt of een coulant toelatingsbeleid mogelijk is, zodat degenen die voor het vertrek ingeschreven stonden in de bejaardenverzekering, dan wel in de vrijwillige verzekering met een premiereductie, alsnog toegelaten kunnen worden tot de verplichte verzekering, mits de onderbreking van de verzekering niet langer dan zes maanden heeft geduurd.

Over de weigering om een standaardpolis af te sluiten, waarbij met name Nationale Nederlanden, Aegon en het Zilveren Kruis zijn genoemd, wil ik het volgende zeggen. Het is interessant dat als ik deze lieden spreek, ze allemaal over elkaar zeggen dan de anderen in overtreding zijn. Ik zie ze nu gelukkig eens een keer op een rij. Ik ben daar dankbaar voor. Ze ontkennen allemaal om het hardst dat ze weigeren standaardpolissen af te sluiten. Ik heb gevraagd of als ze dat van een concurrent weten, ze een keer een schriftelijke weigering wilden geven, maar het is mij helaas tot nu niet gelukt om die te krijgen. Ik ben dus dankbaar voor de vraag.

Ingevolge artikel 6 van de Wet op de toegang is het niet voldoen aan de artikelen 2, 3 en 18, tweede lid, een economisch delict. De artikelen zijn namelijk toegevoegd aan de Wet op de economische delicten. Het weigeren om een standaardpolis af te sluiten, vormt een overtreding, waaraan ingevolge artikel 6, een sanctie is verbonden van ten hoogste zes maanden hechtenis en een geldboete van f 10 000.

Het is ons helaas niet bekend dat echt geweigerd wordt om die standaardpolissen af te sluiten. Indien een uwer mij daarvan een goed bewijs zou kunnen leveren, zou ik u daar echt dankbaar voor zijn. Ik vind namelijk dat het een volstrekt onjuiste attitude is om te pogen een andere polis te slijten aan degenen die om een standaardpolis vragen. Dat is volstrekt onjuist. Wij hebben ze allemaal nog eens gevraagd of ze dat doen, maar ze ontkennen het – zeker degenen die hier genoemd worden – om het hardst.

Ter zake van degenen die een andere polis dan een standaardpolis willen hebben, wordt wel selectie toegepast. Artikel 2, eerste lid

voorziet ten behoeve van ex-ziekenfondsverzekerden in een vangnetfunctie. Met betrekking tot de daar geregelde verzekeringsovereenkomsten, die als inhoud een standaardpakket hebben, geldt voor verzekeraars een acceptatieplicht. Dat geldt niet voor verzekeringsovereenkomsten met een andere inhoud dan het standaardpakket. Die vier maanden zijn bedoeld om degenen die uit angst om niet verzekerd te zijn of verkeerde informatie hebben ontvangen, zich niet verzekerd hebben conform de standaardpolis, alsnog in de gelegenheid te stellen dat te doen.

Wat de toezending van het anamnese-formulier betreft, merk ik op, dat de indruk kan ontstaan, dat er sprake is van een selectie. De WTZ is op dit punt volstrekt duidelijk. Een selectie is niet toegestaan. Het formulier dient als een soort van toetredingsformulier, dat ingevuld moet worden. Op basis daarvan kan men niet geselecteerd worden. In een aantal gevallen wordt de indruk gewekt, dat er geselecteerd wordt. Als men mij hierover informatie verschaft, ben ik daar dankbaar voor. Ik doel dan op informatie over misbruik.

Er is gesproken over de toezegging van het KLOZ om de leeftijdstoelagen te verminderen. Dat is nog niet gebeurd. Dat te kort schieten van het KLOZ staat op zich zelf los van de invoeringsproblematiek. De discussie tussen de verzekeraars is er de oorzaak van, dat men nog niet dichter bij elkaar is gekomen. Ook de wisseling van het voorzitterschap heeft hiermee ook alles te maken; die heeft ook vertragend gewerkt.

Er is een verband tussen bedoelde aanpassing van de premiestructuur en de werkingssfeer van de ILPZ, die een lastenverevening beoogt, waardoor een onevenredige verdeling van de vergrijzingslasten en in samenhang daarmee de te grote premiedifferentiatie kunnen worden bestreden. Ik ben hiermee bij Financiën aangeland.

Is er een sanctie ter zake van de gedoogconstructie? Neen. Ik heb op dit punt een wat ambivalente houding. Het actief werven heeft als gevolg gehad, dat relatief vrij veel vrijwillig verzekerden naar de bovenbouw zijn gegaan. Als men niet actief geworven had, was dat niet het geval geweest. De werkgelegenheid bij de ziekenfondsen is daardoor wellicht redelijk in stand gebleven. Een aantal «bovenbouwers» heeft tegen mij gezegd, dat een aantal

goede risico's naar de commerciële verzekeraars zijn gegaan. Ik heb daarover geen oordeel. Ik heb beide meningen aangehoord.

Ik kom thans te spreken over het te kort schieten van de voorlichting over de inhoud van de verzekering en het niet toezenden van een polis. Een dergelijke gang van zaken is onjuist, zo niet verwerpelijk. Er behoort bij een verzekering een bewijs van inschrijving te zijn. De verzekeringsvoorwaarden in de vorm van een polis zijn hiermee onlosmakelijk verbonden.

Ik wil nu een enkele opmerking maken over het niet tijdig ontvangen van een bewijs van inschrijving van het ziekenfonds. De mensen durven niet naar de dokter, zolang zij geen papieren hebben. Hiervoor is bij de ziekenfondsen een excuus te vinden. Zij hebben nogal wat nieuwe mensen moeten inschrijven. Een veel groter aantal hebben ze moeten uitschrijven. Vervolgens hebben ze 1,3 min. bejaarden moeten overschrijven naar de verplichte verzekering. Ik denk, dat het inmiddels wel in orde is. Als men werkelijk niet naar de dokter durft omdat men geen papieren heeft, dan is het goed – ik besef, dat dit een ietwat gratuite opmerking is – dat men zich tot het ziekenfonds wendt, opdat in goed overleg een oplossing kan worden gevonden. Wellicht kan hieraan in de publiciteit aandacht worden geschonken. De Ziekenfondsraad of de VNZ zou hierover een mededeling kunnen doen.

Ik kom thans te spreken over het vraagstuk van de aanvullende klasseverzekering. Het KLOZ heeft zich in dit kader voortreffelijk gedragen. Het heeft de particuliere verzekeraars dringend verzocht de verzekerden, voor zover klasse-verzekerd, voor een nieuwe polis te accepteren. Ingeval een ziekenfonds-verzekerde particulier verzekerd wordt, en deze een aanvullende klasse-verzekering heeft, dan dient diezelfde maatschappij de voormalige ziekenfondsverzekerde te accepteren. Hierop heeft het KLOZ aangedrongen. Het is wel zaak, dat een standaardpolis wordt afgesloten. Het is redelijk om van dit laatste uit te gaan.

Als laatste wil ik een enkele opmerking maken over de B-3 organisaties. Op grond van artikel N12 van de Algemene Pensioenwet is de mogelijkheid aanwezig dat het werkgeversdeel van de ziekenfondspremie door het ABP wordt verhaald op de laatste ex-werkgever van de gepensioneerde. Daarbij is tevens

geregeld, dat indien die werkgever er niet meer is, de premie verhaald kan worden op de rechtsofvolger van die werkgever. Het ABP past deze regeling strikt toe. Tot nu toe is slechts één geval voorgekomen, waarin geen sprake was van een rechtsofvolger. In dat geval neemt het ABP het werkgeversdeel van de premie voor zijn rekening.

De **Voorzitter**: Dank u wel, mijnheer Van der Reijden.

Ik zal thans nagaan, of de vragen naar voldoening zijn beantwoord. Een groot deel van de vragen heb ik weg kunnen strepen.

De heer **Eijsink** (CDA): Voorzitter. Ik dank de staatssecretaris voor zijn voorlichting op dit punt. Tegelijkertijd wil ik doorgaan met die voorlichting. De staatssecretaris heeft ons toegezegd, dat wij een afschrift zouden krijgen van het voorlichtingsmateriaal. Tot op heden hebben wij dat niet ontvangen.

Ik heb er grote moeite mee, dat sprake is van een tussentijdse momentopname. Aan de orde is nog steeds een inventarisatie van knelpunten. Er komt nog een advies van de Ziekenfondsraad. Aan de hand van dat advies kan tot maatregelen of wetswijziging worden geconcludeerd. Het gaat mij nu om die tussentijd tot 1 augustus. Zou de staatssecretaris in overleg met de ziekenfondsverzekeraars ertoe kunnen besluiten, dat indien uit de inventarisatie of het advies van de Ziekenfondsraad consequenties voortvloeien met betrekking tot actuele situaties van verzekerden, die ziektekostenverzekeraars over de termijn van 1 augustus bereid zijn dezelfde categorie onder dezelfde voorwaarden opnieuw in verzekering te nemen? Op die manier kan spanning worden vermeden.

Als de Staatssecretaris daartoe kans ziet, neemt hij een heleboel druk «uit de markt» weg omdat dan daarover geen discussie meer mogelijk is. Anders zegt men: U hebt de tijd laten voorbij gaan en nu kunnen wij niet meer voor- of achteruit. Dat betekent natuurlijk in alle redelijkheid met verwerking van de gemaakte kosten, premiebetalingen en dergelijke.

Voorzitter! Ik bewonder altijd de averechtse redeneringen van de staatssecretaris. Hij weet echter duvels goed, dat het CDA een ander standpunt had. Wij hadden het niet

over vergelijkbare weduwen maar over weduwen van ambtenaren. Wij hebben gezegd tegen de overheid: Behandel uw ambtenaren op dezelfde wijze. Nu kan de staatssecretaris ons niet toevoegen dat anderen nu zeggen: wij willen ook graag behandeld worden als weduwen van ambtenaren of als ambtenaren of wat dan ook.

Staatssecretaris **Van der Reijden**: Voordat ik die woorden uitsprak, heb ik u gewaarschuwd dat u zelfs niet mocht uitgaan van een ondergrond van verwijt in mijn betoog.

De heer **Eijsink** (CDA): Ik heb het ook niet als een verwijt beschouwd. Ik vond het alleen erg handig van u. Maar zo is het natuurlijk niet gegaan en daar wilde ik even op wijzen.

Voorzitter! De werkelijke problematiek, die zich overigens ook voordoet bij weduwen van verzetsluchtoffers, is natuurlijk gelegen in het aanhaak-effect om datgene te bereiken wat de overheid mede op basis van onze motie aan bepaalde categorieën al gegeven heeft. Ik wil alleen aanraden deze hele zaak opnieuw te bezien. De staatssecretaris behoeft mij geen concrete toezeggingen te doen, maar ik zou het op prijs stellen als hij dit in het gehele pakket eens ging bekijken. Als hij in de tussentijd tot voorlopige conclusies komt, moet hij de zaak niet uitstellen tot september. Wij zitten namelijk nog met een stapel brieven, die beantwoord moeten worden. Ik wil het departement hier niet meer opscheppen, want dat heeft wel wat anders te doen dan het beantwoorden van brieven aan Kamerleden. Wij moeten echter nog wel antwoord geven aan de vele schrijvers. Voorlopig kunnen wij alleen antwoorden: De staatssecretaris en de zijnen denken nog steeds diep na en u hoort nog van ons. Dat is natuurlijk wel onbevredigend gegeven het feit, dat wij met onze achterban rekening moeten houden.

Mevrouw **Uijterwaal-Cox** (CDA): Mevrouw de Voorzitter! Wij hebben een lang verhaal gehouden, dat is uitgemond in een vraag over de uitkeringsgerechtigheid van weduwen ingevolge de AWW. Wij hebben een afschrift van een brief aan de staatssecretaris ontvangen. De betreffende mevrouw schrijft, dat het om een grote groep mensen gaat. Ik kan de omvang van die groep niet bepalen, maar die mensen zitten wel

met het probleem dat men vroeger niet in het ziekenfonds kon, omdat het gezinsinkomen te hoog was. De situatie is echter inmiddels veranderd – bij voorbeeld doordat men weduwe is geworden – en men heeft nu te weinig inkomen om in de particuliere ziektekostenverzekering te kunnen blijven. As men echter naar het ziekenfonds gaat, moet men ruim tweemaal zoveel premie betalen. Ik kan mij voorstellen, dat die mevrouw daar nogal ondersteboven van is. Hoe wil de staatssecretaris dit probleem oplossen? Ik weet niet hoeveel mensen onder zo'n regeling vallen. Vandaar mijn nadere vraag aan de staatssecretaris, wat er met deze groep moet gebeuren.

Mevrouw **Veder-Smit** (VVD): Mevrouw de Voorzitter! Mijn fractie heeft om dit mondeling overleg gevraagd omdat er verschillende problemen liggen waaraan op dit moment nog iets kan worden gedaan. Als dat later gebeurt, moeten de ingrepen veel groter zijn. Vandaar dat ik erg blij ben met dit mondelinge overleg.

Ik loop nog even de vijf vragen door, die wij hebben gesteld. Ik begin met vraag 2 over de weduwen, die uitkeringsgerechtigd zijn ingevolge de AWW. De staatssecretaris zou zich hierover nog beraden. Ik sluit mij graag aan bij de schriftelijke argumentatie van het CDA, die naar mijn mening zeer steekhoudend was. Gevraagd wordt of voor deze weduwen, die toch al met een geschatte inkomensachteruitgang van 5% hebben te maken, niet een referte-periode kan worden ingevoerd. Dat levert dan een zekere overgangssituatie op voor degenen, die bijna 65 jaar zijn en anders nog zwaarder worden getroffen.

Onze eerste vraag staat daar los van. Die vraag is gesteld omdat wij niet zeker wisten of militairen gelijk gesteld zouden worden met ambtenaren. Ik heb echter begrepen, dat dit niet is gebeurd. De in de motie gemaakte uitzondering is dus zeer strikt opgevat.

De derde vraag betreft niet hetgeen men schetst als het «duiventil-effect», waarop de oplossing van artikel 7, tweede lid, van de Ziekenfondswet betrekking heeft. De vraag heeft betrekking op mensen, die bij een particuliere verzekeringsmaatschappij een polis hebben afgesloten en de premie vooruit hebben betaald.



Die mensen zijn dat geld kwijt en ik meen dat daarin artikel 7 van de Ziekenfondswet niet voorziet. Die mensen kunnen natuurlijk zeggen, dat er een onverschuldigde betaling heeft plaatsgevonden en kunnen dat bedrag van de verzekeringsmaatschappij terugvorderen, maar misschien moeten zij daarover procederen. Mijn vraag is of daarvoor niet een algemene regeling is te treffen. Ik zie de ambtenaren hevig «nee» schudden, maar ik wil wel graag een specifiek antwoord.

Ik laat vraag 4 rusten en kom bij de vijfde vraag. De vertegenwoordiger van het ministerie van Financiën heeft gezegd dat over de naheffing over 1985 nog overleg plaatsvindt of zal plaatsvinden tussen het KLOZ en SSGZ. Dat is natuurlijk interessant, maar dat overleg behoeft uiteraard niet tot overeenstemming of tot het beoogde resultaat te leiden. Ik ben daar nog niet helemaal gerust op en meen dat je een maatregel met betrekking tot het afgelopen jaar alleen maar met de grootst mogelijke voorzichtigheid mag invoeren. Men heeft daar nu eenmaal van tevoren geen premie voor kunnen heffen. Ik zou daarom erg graag zien dat het ministerie van Financiën samen met WVC, duidelijk uitsprekt dat die heffing over 1985 niet meer kan plaatsvinden. Het bedrag moet dan desnoods maar worden uitgesmeerd over de toekomst. Misschien kan het KLOZ een andere oplossing vinden, maar alleen overleg tussen het KOZ en de SSGZ is niet voldoende.

**Mevrouw M.A. Van der Meer** (PvdA): Mevrouw de Voorzitter! Toen de V.V.D.-fractie om dit mondeling overleg vroeg, leek het mij het eenvoudigste een registratie te maken van alle knelpunten die mij ter ore waren gekomen. Ik had niet de illusie, dat de staatssecretaris in enkele weken die knelpunten zou kunnen wegnemen. Het leek mij echter nuttig dat ze ten minste bekend zijn. Zo heb ik enkele opmerkingen gemaakt over particuliere maatschappijen die geen polis sturen en ziekenfondsen die niets van zich laten horen. Ik begrijp best, dat het ministerie daar niets aan kan doen, maar het leek mij wel nuttig dat men het weet. Verder heb ik knelpunten genoemd waarvan ik hoop dat er iets aan gaat gebeuren maar ik begrijp, dat dit niet van het ene moment op het andere kan. Ik verwacht dat datgene, waarover nu kennelijk wordt gespro-

ken en nagedacht wel wordt voortgezet, ook al krijgen we daar niet voortdurend evaluaties van te zien. In die zin heb ik ook de antwoorden geregistreerd.

Ik ben het wel eens met de opmerking van de staatssecretaris over de kamermotie, nl. dat die het er voor een aantal andere groepen alleen nog maar schrijnender op heeft gemaakt, omdat zij niet onder die uitzondering vallen. Dat was een van de redenen waarom wij tegen die motie hebben gestemd.

Ik heb een vraag gesteld die niet helemaal goed is weergegeven. Als iemand bij een particuliere maatschappij een aanvullende verzekering voor klasseverzorging heeft afgesloten en bij een andere particuliere maatschappij de standaardverzekering wil afsluiten, dan wil die eerstgenoemde maatschappij niet die aanvullende verzekering handhaven. De staatssecretaris heeft gezegd dat het KLOZ zeer welwillend was en had gezegd dat als die mensen zich bij dezelfde maatschappij aandienen die maatschappij hen moest aannemen, maar ik had het over een andere maatschappij. Daarop heb ik nog geen antwoord gekregen.

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Impliciet in mijn laatste zin, maar ik kom daar straks nog wel op.

**Mevrouw M. A. van der Meer** (PvdA): Tot slot wil ik de vertegenwoordiger van het ministerie van Financiën nog zeggen dat er ook studenten zijn die geen rentedragende leningen sluiten. Die zijn dus wel degelijk verplicht om zelf de gehele MOOZ-bijdrage te betalen.

**De Voorzitter:** Ik wil de commissie, de staatssecretaris en ambtenaren erop wijzen dat ik deze vergadering uiterlijk om 16.00 uur wil sluiten.

Ik wil de commissie nog vragen of ik het goed zie dat wij prijs stellen op een schriftelijke rapportage als de evaluatieperiode achter de rug is. Naar mij blijkt, heb ik dat goed begrepen.

**De heer Pennink:** Mevrouw de Voorzitter! Mevrouw Veder heeft gelijk als zij zegt dat het overleg tussen SSGZ en KLOZ nog niet tot resultaat behoeft te leiden, maar ik heb indicaties dat het beoogde resultaat er wel degelijk in zit. Mocht blijken dat dat niet zo is, dan zullen wij ons uiteraard daarop moeten

beraden. Tot nu toe echter heb ik duidelijke berichten dat een financiële regeling met de SSGZ er wel degelijk in zit.

**Mevrouw Van der Meer** stelde dat er toch studenten zijn die wel 100% MOOZ-bijdrage moeten betalen. Dat is zo, maar dat hangt ook samen met de opmerking die ik eerder heb gemaakt, nl. dat de groep studenten die in die UCV is onderscheiden is aangemerkt als de groep voor wie het normbedrag voor de ziektekostenverzekering geldt en waarop dan ook de draagkrachtstoets van toepassing is geweest. De discussie in de Tweede Kamer heeft zich indertijd ook inderdaad gericht op de inkomenspolitieke consequenties en dan vooral voor die groep studerende(n).

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Mevrouw de Voorzitter! Uit de vraag van mevrouw Van der Meer begrijp ik dat particuliere maatschappijen bij wie men een aanvullende verzekering had afgesloten, deze verzekering weigeren te handhaven als de standaardverzekering bij een andere particuliere maatschappij wordt afgesloten. Op basis van mijn verleden moet ik zeggen dat ik dat volkomen terecht vind. Wie is er nu toch zo gek om bij de ene particuliere maatschappij een aanvullende verzekering af te sluiten en bij de andere, die dezelfde voorwaarden en premie moet heffen, de standaardverzekering? Ik moet eerlijk zeggen dat ik het dan ook volstrekt niet onredelijk vind als die maatschappijen zeggen: loop dan mijn deur ook maar voorbij. Ik zie bovendien niet goed in, waarom mensen dat willen!

**Mevrouw M. A. van der Meer** (PvdA): Ik weet dat uiteraard ook niet, maar het is mij ter ore gekomen dat verschillende mensen het geprobeerd hebben en dat dit niet is gelukt. Ik geef het alleen maar even door!

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Ik zeg dan dat men verstandig moet zijn en die vier maanden moet gebruiken om die standaardpolis onder te brengen bij de maatschappij bij wie je eerst aanvullend verzekerd was. Dat maakt niets uit, tenzij men erg ongelukkig is met die verzekeringsmaatschappij. Voor het recht dat men kan verkrijgen, maakt de maatschappij helemaal niet uit!

**Mevrouw Uijterwaal-Cox** (CDA): Ik zou zeggen dat het gemakkelijker is als men één maatschappij heeft!

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Dat lijkt mij ook. Bovendien wordt het administratief ook een hele toestand als je bij voorbeeld in 2A wordt opgenomen en je de rekening eerst naar de ene en dan nog eens naar de andere maatschappij moet sturen of naar beide tegelijk die dan nog met elkaar moeten gaan corresponderen. Dat wordt een grote droefenis. Ook uit administratief oogpunt kan ik mij dit dus heel wel voorstellen.

De vraag van mevrouw Veder zou ik graag door een van de ambtenaren laten beantwoorden. In art. 7, lid 2 van de Ziekenfondswet staat: De premie welke degene wiens verzekering krachtens het bepaalde in het eerste lid geheel of gedeeltelijk is vervallen, heeft vooruitbetaald, wordt door de verzekeraar al naar gelang van het vervallen gedeelte der overeenkomst terugbetaald, onder aftrek van ten hoogste 25% van het terug te betalen bedrag voor administratiekosten.

De heer **De Beer** (Hoofddirecteur Financiering en planning): Mevrouw de Voorzitter! Vooruitbetaalde premie is afgekochte premie. Dus inderdaad is de bepaling van art. 7, lid 2 van de Ziekenfondswet van toepassing op vraag 3 van mevrouw Veder, even afgezien van de maximaal 25% die voor administratiekosten in rekening kunnen worden gebracht.

Mevrouw **Veder-Smit** (VVD): Dat zou de oplossing kunnen zijn!

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Blijft nog over de referteperiode. Ik zou dat willen ontraden. Die periode is er nu juist ingebracht om te voorkomen dat weduwen die vlak voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd verplicht verzekerd worden, daar bij het bereiken van die leeftijd weer uitgezet worden. Wij hebben in dat geval immers te maken met de zwakkeren in de samenleving en daarom is het zo geregeld zoals het is geregeld. Ik zou dus niet voor het toepassen van die referteperiode zijn.

Mevrouw Veder heeft opgemerkt dat zij zich aansloot bij de opmerkingen van mevrouw Uijterwaal.

Mevrouw **Veder-Smit** (VVD): De bedoeling was om het schriftelijke commentaar van het CDA te onderschrijven. Verder had ik daarover geen opmerkingen.

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Het is mij bekend dat er nog een te

beantwoorden brief ligt op het ministerie. Het lijkt mij, alleen al om redenen van fatsoen, noodzakelijk dat die brief boven water komt en als de bliksem wordt beantwoord.

De heer **Eijsink** (CDA): Er is enig verschil. Er zijn twee brieven van deze aard. De ene hebt u in handen, maar er is ook nog een andere, waarvan wij een kopie hebben gekregen.

**Staatssecretaris Van der Reijden:** Ik dacht dat wij die tweede brief al beantwoord hadden. Die andere brief in ieder geval niet, maar wij zullen het nakijken, zodat beide brieven beantwoord worden als ze nog niet beantwoord zijn. Ik vrees echter dat mijn antwoord niet bevredigend zal zijn. Als het namelijk gaat om de erkenning van het feit dat sommigen er bij deze stelselwijziging op achteruit gaan, dan spijt mij dat, maar ik moet het bij deze constatering laten. Ik heb in mijn inleiding al gezegd dat ik mij kan voorstellen dat mensen die qua inkomen onder de loongrens zitten, maar particulier verzekerd zijn, in de problemen kunnen zijn of komen, juist omdat zij particulier verzekerd zijn.

Ik heb daarvan gezegd dat er dan twee mogelijkheden zijn, namelijk een beperkte volksverzekering dan wel, via een bepaalde constructie – bij voorbeeld de AWBZ-constructie, met een maximumpercentage, zoals bij de ambtenaren – verrekening van de verschuldigde premie.

Ik eindig met de bijdrage van de heer Eijsink. Zijn laatste opmerking was in vredesnaam niet te wachten, als op onderdelen voorzieningen kunnen worden getroffen. Ik ga daarmee akkoord.

Zijn op een na laatste opmerking was, de zaak grondig te bezien bij de evaluatie. Ook daarmee ga ik akkoord.

Zijn tweede opmerking was de volgende: wij praten over een actuele situatie en bespreken met de ziektekostenverzekeraar dat, indien het achteraf tot een bijstelling van de verzekering aanleiding geeft, zij daartoe dan bereid zijn, met herstel van rechten. Ik zeg daarop: in het jargon heet dat de «Nijhuis-constructie». Ook op dit punt doe ik de gevraagde toezegging.

Tenslotte kom ik tot zijn eerste opmerking, namelijk dat het toegezegde voorlichtingsmateriaal ontbreekt. Ik bied hiervoor mijn verontschuldigen aan. Ik zal ervoor zorgen dat u dit zo snel mogelijk krijgt.

De **Voorzitter:** Namens de commissie dank ik de staatssecretaris en zijn ambtenaren voor hun bijdrage aan dit overleg. Wij hebben de afspraak gemaakt dat de staatssecretaris ons schriftelijk rapporteert over de evaluatie, die na 1 augustus a.s. plaatsvindt.

Sluiting 15.50 uur.

's-Gravenhage, 29 april 1986

Aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,  
de heer drs. J. P. van der Reijden,  
Sir Winston Churchillaan 362,  
2284 JN Rijswijk

De vaste commissie voor Welzijn en Volksgezondheid heeft U gevraagd op zeer korte termijn met haar van gedachten te wisselen over de praktische uitvoering van de Wet toegang ziektekostenverzekering, zoals deze onlangs door de Eerste Kamer werd aanvaard.

Zij herinnerde daarbij aan Uw toezegging de tijdens deze behandeling aanvaarde motie Veder-Smit uit te zullen voeren en voorts Uw bereidheid oplossingen te zullen zoeken als groepen betrokkenen kennelijk in onevenredig grote moeilijkheden zouden raken door de nieuwe wetgeving.

Ter voorbereiding van het overleg heeft de commissie een aantal vragen en opmerkingen geformuleerd, waarop zij gaarne tijdens genoemd overleg Uw reactie zal vernemen. Tevens heeft zij de punten aangeduid waarover zij vervolgens met U van gedachten wil wisselen.

Reeds is met U overeengekomen, dat het overleg zal plaatsvinden op 13 mei a.s. van 14.15 tot uiterlijk 15.45 uur. Van de bijeenkomst zal stenografisch verslag worden gemaakt, dat als gedrukt kamerstuk zal verschijnen.

De griffier van de commissie,  
Van der Putten

## Vragen van de fractie van het C.D.A.

Tijdens de schriftelijke voorbereiding van de behandeling in de Eerste Kamer is er door de C.D.A.-fractie herinnerd aan de stellingname van de staatssecretaris in de Tweede Kamer, dat het niet de bedoeling is 'dat betrokkenen substantiële achteruitgang moeten beleven' (18972, nr. 110c, p.2). In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel was echter geheel voorbijgegaan aan de inkomenseffecten voor weduwen met een AWW-uitkering die dicht bij de AOW-gerechtigde leeftijd staan. Het gaat hier om een situatie die afwijkt van een der uitgangspunten van de wet: deze maakt in principe AOW-gerechtigden slechts dan tot verplicht verzekerden volgens de Ziekenfondswet, wanneer zij reeds drie jaar of langer een verplichte ziekenfondsverzekering hadden (zie artikel 3, zevende lid, Ziekenfondswet, zoals thans gewijzigd).

Artikel 1 van de Regeling beperking voorwaarden ziekenfondsverzekering van personen van 65 jaar of ouder (Stcrt. 1986, 61) – een besluit ex artikel 3, zevende lid, tweede volzin (nieuw) van de Ziekenfondswet – leidt er echter toe, dat de referteperiode van drie jaar niet geldt voor de hier bedoelde weduwen. Dit brengt mee dat degenen die wegens hun AWW-uitkering tot verplicht ziekenfondsverzekerden worden gemaakt, op korte termijn (tussen 1 maand en 35 maanden) een inkomensachteruitgang te verwerken krijgen die kan oplopen tot tegen de 5% netto. Zo'n achteruitgang in inkomen overtreft ver wat in het algemeen, zeker voor weinig draagkrachtige personen, acceptabel wordt gevonden, en strookt in elk geval niet met het eerder weergegeven standpunt, dat de wet geen grote nadelen in inkomenspositie zal veroorzaken. Desbetreffende vragen van C.D.A.-zijde zijn in de memorie van antwoord (18972, nr. 110b, p.7) kortweg afgedaan met de stelling dat ook bij andere groepen verzekerden bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd 'sprake (kan) zijn van een inkomensachteruitgang'. Deze reactie ging er echter aan voorbij dat het hier gaat om een groep personen wier inkomen reeds vóór het bereiken van de 65-jarige leeftijd tot pensioen-niveau is gereduceerd (en door de plaatsing buiten het arbeidsproces vervolgens ook op het toen bereikte niveau bevroren). De grote extra teruggang in inkomen is het specifieke gevolg van de thans doorgevoerde wetswijziging.

(Als gevolg van een misverstand is in het vervolg van de schriftelijke voorbereiding van de behandeling in de Eerste Kamer enige malen over weduwen met een AAW-uitkering in plaats van over weduwen met een AWW-uitkering gesproken.

Wie een AAW-uitkering ontvangt, is echter ingevolge artikel 9, eerste lid, AAW uitgesloten van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering).

De hier geschetste noodsituatie zou kunnen worden opgeheven door in de Regeling aanwijzing van categorieën van personen tijdelijk uitgezonderd van de verplichte verzekering Ziekenfondswet, artikel 16, lid 3 van § 5 (Stcrt. 1986, 61) alsnog de in artikel 3, eerste lid, onder d (nieuw) van de Ziekenfondswet bedoelde personen op te nemen, voor zover zij bij de inwerkingtreding van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 62 jaar of ouder waren (en eventueel ook: voor zover zij op het ogenblik waarop zij recht krijgen op een AWW-uitkering 62 jaar of ouder zijn). Deze personen zouden dan een keuzemogelijkheid krijgen.

Zo'n uitzondering (een tijdelijke keuzemogelijkheid) zou voorkomen dat de in artikel 3, zevende lid, tweede volzin bedoelde uitzondering op de referteperiode van de eerste volzin in het nadeel van de betrokken weduwen werkt.

## Vragen van de fractie van de V.V.D.

1. Weduwen van de z.g. K.N.I.L. militairen: de vraag is of deze gemiddeld op hoge leeftijd zijnde vrouwen verzekerd moeten zijn, ook indien zij tegen voor hen gunstige voorwaarden particulier verzekerd zijn, dan wel de keuzevrijheid kunnen verkrijgen.

2. Weduwen, die uitkeringsgerechtigd zijn ingevolge de AWW, voorzover zij beneden de inkomensgrens vallen en nu tegen lage premie particulier verzekerd zijn. Zij gaan zeer substantieel achteruit, wat des te schrijnender is als zij bijna 65 jaar zijn. Kan een vrijstellingsperiode van bijvoorbeeld vijf of drie jaar gegeven worden, dan wel kan aan hen alsnog de keuzemogelijkheid worden toegekend?

3. Degenen die bij een particuliere verzekeringsmaatschappij hun premie hebben afgekocht en nu verplicht verzekerd worden. Kunnen zij een resitutie krijgen wegens overmacht of kunnen zij de keuzemogelijkheid krijgen?

4. Personen die arbeidsongeschikt worden (WAO) en nu verplicht verzekerd worden, hoewel zij vanwege hun arbeidsongeschiktheid een particuliere premievrije polis krijgen. Kunnen zij een generieke ontheffing krijgen of kan er premievrijstelling voor het ziekenfonds gegeven worden?

5. De positie van de Stichting Studenten Gezondheidszorg. Is het waar dat, ondanks gedane toezeggingen, de SSGZ een 100% heffing te wachten staat die de reserves vrijwel volledig zal uitputten?

### **Vragen van de fractie van de P.v.d.A., mede namens de fractie van D'66**

1. Een zeer grote groep gescheiden moeders met twee of meer kinderen, die alimentatie krijgt ter hoogte van het bijstandsnivo of vlak daarboven, verzekert zich niet omdat zij f 270,- per maand niet kunnen opbrengen.

2. Gehuwde studenten met kinderen die f 4 860,- per jaar moeten gaan betalen aan de particuliere verzekering, verzekeren zich niet.

3. Bejaarden die uit het vrijwillig ziekenfonds naar de particuliere verzekering moeten (15.000 klachten) lopen vast of op het voorschieten van rekeningen – zowel financieel als administratief – of blijken bij arts en apotheek kontant te moeten betalen.

4. Bejaarden die tijdens een langdurig verblijf in het buitenland (bij kinderen of ter overwintering) hun bejaardenverzekering zolang hadden opgezegd, moeten bij terugkeer in een particuliere verzekering omdat zij niet in het bejaardenfonds zaten.

5. Nationale Nederlanden, Aegon en Het Zilveren Kruis weigeren standaardpolissen af te sluiten. Wat is de sanktie?

6. Als mensen in plaats van het standaardpakket een andere polis willen afsluiten (komend uit het ziekenfonds) worden op hem wel de selectiekriteria toegepast met alle gevolgen van dien.

7. Mensen die vanuit het ziekenfonds komend een standaardverzekering sluiten krijgen toch een anamneseformulier ter invulling toegestuurd, en krijgen dus de indruk toch geselecteerd te worden.

8. Mannen boven 65 jaar die een werkende vrouw hebben worden als alleenstaande beschouwd en hadden geen premiereductie, moeten zich nu dus partikulier verzekeren. Vrouw zit in het ziekenfonds, blijft daar ook na haar 65e. Gezamenlijke premie wordt zo hoog, zeker nadat de vrouw ook 65 is, vergeleken met het lagere gezamenlijke inkomen dat velen overwegen zich niet (langer) te verzekeren.

9. De KLOZ beloofde tijdens de hoorzitting in de Tweede Kamer de marges voor leeftijdtoeslagen te verminderen. Dat is nog niet gebeurd.

10. De particuliere maatschappijen hadden een gedoogkonstruktie toegezegd, maar hebben in strijd daarmee zeer actief geworven. Wat is de sanktie?

11. Particuliere maatschappijen geven geen voorlichting over de inhoud van hun verzekering aan nieuwe verzekerden (een mondelinge mededeling «net zoiets als bij het ziekenfonds») en sturen ook geen polis.

12. Ziekenfondsen hebben nieuwe verzekerden weken na de aanmelding nog niets laten horen. Mensen durven niet naar de dokter zolang zij geen papieren hebben.

13. ABP-weduwen voelen zich gediskrimineerd en klagen via zeer veel telefoontjes.

14. Invaliditeitsgepensioneerden die uit het vrijwillig ziekenfonds komen voelen zich gediskrimineerd. Ook daarover zijn veel klachten bekend.

15. Studenten dreigen – ondanks de mededelingen in de Kamers – toch 100% MOOZ-bijdrage te moeten betalen. Dat betekent een hogere rentedragende lening voor de studenten, en grote problemen voor de SSGZ.

16. Ook studenten die f600,- per jaar meer moeten betalen dreigen in grote getale onverzekerd te blijven.

17. Partikuliere maatschappijen bij wie ziekenfondsverzekerden een (aanvullende) verzekering voor klasseverzorging in een ziekenhuis hadden afgesloten, weigeren deze te handhaven als de nieuwe standaardverzekering bij een andere partikuliere maatschappij wordt afgesloten.

18. B-3 organisaties die voor ex-werknemers met een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor een werkgeversdeel van de premie moeten betalen bestaan soms niet meer.