

Vergaderjaar 1985–1986

- 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 ziektekostenverzekeringen)**
- 19010** **Interne lastenverevening particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf**
- Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden**

Nr. 11

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Leidschendam, 6 december 1985

In de uitgebreide commissievergadering van 11 november jongstleden en het mondeling overleg van 20 november jongstleden, beide met de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid uit de Tweede Kamer, is technisch-informatief overleg gevoerd over het voorstel van Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (kamerstukken II, 1984–1985, 18972, nrs. 1–10) en de daarmee samenhangende wetsvoorstellen met betrekking tot de interne en externe verevening (kamerstukken II, 1984–1985, 19010, nrs. 1–16). Ten aanzien van een aantal vragen heb ik toegezegd schriftelijk te zullen reageren.

1. Standaardpakket-ziekenfondspakket

Tijdens het mondeling overleg op 20 november 1985 is door de leden van de Vaste Commissie gevraagd om aan de Kamer een vergelijkend overzicht van het standaardpakket en het ziekenfondspakket te doen toekomen.

Alvorens hiertoe over te gaan, zal ik eerst nog kort enige algemene opmerkingen maken met betrekking tot het standaardpakket, zoals dat op basis van artikel 2, tweede lid, van de wet zal worden vastgesteld.

Als uitgangspunt is door het kabinet vastgelegd dat een pakket tot stand zal worden gebracht dat nagenoeg gelijk is aan het ziekenfondspakket.

Tijdens voornoemd overleg met de Vaste Commissie bestond enige onduidelijkheid over het advies van het Kontaktorgaan Landelijke Organi-

saties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ), mede in relatie tot het vast te stellen standaardpakket. Voor alle duidelijkheid wil ik nog eens herhalen dat het aangeven van de inhoud van dat pakket tot mijn verantwoordelijkheid behoort. Het KLOZ heeft hierbij in het systeem van de wet een adviserende taak, zodat in feite niet aan de orde is dat het KLOZ en ik over het standaardpakket tot overeenstemming dienen te komen. Uiteraard wordt met de adviezen van het KLOZ ter zake rekening gehouden. Hierbij zij voorts aangetekend – ik merk dat volledigheidshalve op – dat bij de invulling van het standaardpakket de zogenaamde VVV-polis die het KLOZ met zijn adres aan de Kamer heeft doen toekomen, geen rol heeft gespeeld.

Op 5 november 1985 heeft het KLOZ mij geadviseerd met betrekking tot de vaststelling van het standaardpakket. Tijdens het mondeling overleg van 20 november jl. ben ik reeds kort ingegaan op dat advies.

Het KLOZ heeft meegedeeld dat zijn advies zou dienen te worden gezien als een eerste reactie. Ik heb vernomen dat het niet in het voornemen van het KLOZ ligt om een aanvullend advies over het standaardpakket uit te brengen.

Voorts kan worden geconstateerd dat het KLOZ een groot aantal kanttekeningen heeft geplaatst. Tijdens het meergenoemde mondeling overleg deelde ik reeds mede dat deze opmerkingen voor een belangrijk deel technisch van aard zijn. Uit ambtelijk overleg met het KLOZ is gebleken dat deze kanttekeningen voor het grootste deel tot oplossing kunnen worden gebracht door in de toelichting bij de onderscheiden besluiten ter zake een verduidelijking aan te brengen. De bezwaren van het KLOZ doen zich in het bijzonder voor bij de tandheelkundige hulp, de voedingsmiddelen en de gezichtshulpmiddelen. In het onderstaand vergelijkend overzicht zal ik daarop nader ingaan.

Zoals in het voorgaande reeds is aangegeven, is uitgangspunt geweest dat het standaardpakket en het ziekenfondspakket nagenoeg gelijk zullen zijn:

– *ziekenhuisverpleging/specialistische hulp*

De omvang van de hulp is, behoudens voor wat betreft de (cosmetische) plastisch-chirurgische hulp – de zogenaamde vormverbeterende operaties – in beide pakketten gelijk.

In het ziekenfondspakket is de aanspraak op (cosmetische) plastische chirurgie gebonden aan aanzienlijke eigen bijdragen, te weten de helft van de kosten tot maximaal f 3585.

In het standaardpakket is vergoeding van de kosten van deze ingrepen niet mogelijk. Aansluiting is gezocht bij de in de particuliere ziektekostenverzekering bestaande praktijk op grond waarvan medisch niet noodzakelijke ingrepen als de onderhavige van het pakket zijn uitgesloten.

– *verloskundige hulp*

In het ziekenfondspakket bestaat aanspraak op verloskundige hulp te verlenen door een verloskundige alsmede, indien geen verloskundige beschikbaar is, door een huisarts; aanspraak op hulp door een specialist bestaat alleen dan indien deze hulp medisch noodzakelijk is.

In het standaardpakket is de vergoeding van de kosten van hulp, verleend door verloskundige, huisarts, alsmede de niet medisch geïndiceerde verloskundige hulp, verleend door een specialist, gebonden aan een maximum van f 655. Medisch noodzakelijke specialistische hulp wordt volledig vergoed.

Opgemerkt zij voorts dat het honorarium voor verloskundige hulp door huisartsen en verloskundigen om en nabij de f 655 ligt, zodat in feite sprake is van een volledige vergoeding van de kosten door de particuliere ziektekostenverzekeraar.

– tandheelkundige hulp

In het kader van de ziekenfondsverzekering is op 1 juli 1985 een herzien tandheelkundig verstrekkingenpakket voor jeugdige ziekenfondsverzekerden van 0–19 jaar ingevoerd. Ik moge hiervoor verwijzen naar mijn brief van 11 juni 1985 en het op basis daarvan met de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid op 20 juni 1985 gevoerde mondeling overleg. Volledigheidshalve zij erop gewezen dat het op 1 juli 1985 ingevoerde pakket een integraal pakket inhoudt.

Van belang is hierbij dat de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde in verband met de noodzakelijke budgettaire neutraliteit voor 1985 een budget zijn overeengekomen. Dat budget is vastgesteld, nadat het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg zijn advies hierover had uitgebracht.

Voor verzekerden van 19 jaar en ouder is het bestaande beperktere pakket van kracht gebleven. Als uitgangspunt bij de verstrekking van tandheelkundige hulp aan deze verzekerden geldt dat deze in beginsel dient te worden verleend met eenvoudige middelen volgens systematisch-rationele beginselen.

In het standaardpakket is voor de jeugdigen van 0–19 jaar niet overgenomen het hiervoren genoemde integrale pakket, zoals dat op 1 juli 1985 is ingevoerd. Hierbij heeft met name de overweging een rol gespeeld dat in de ziekenfondsverzekering dat pakket is opgenomen nadat over de financiële aspecten van deze herziening van het tandheelkundig pakket overeenstemming was bereikt en wel zodanig dat budgettaire neutraliteit was gewaarborgd. Zoals ik ook in de nota naar aanleiding van het eindverslag heb vermeld, bestaan deze afspraken niet in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering. Daarom heb ik het noodzakelijk geacht anderszins te voorzien in een goede tandheelkundige verzorging van de jeugd. Volledigheidshalve wijs ik erop dat dit met zich brengt dat evenmin is opgenomen de huidige in het kader van de particuliere ziektekostenverzekering bestaande regeling op grond waarvan kinderen geboren na 31-12-1968 aanspraken hebben op de vergoeding van de kosten van bepaalde tandheelkundige verrichtingen. Dit pakket is beperkter dan het hierboven genoemde integrale tandheelkundige verstrekkingenpakket voor jeugdige ziekenfondsverzekerden.

Mijn conclusie is dat met het door mij voorgestelde pakket een vergoeding ter zake van de kosten van tandheelkundige hulp aan jeugdige verzekerden in het kader van het standaardpakket wordt geboden die mogelijk maakt dat deze verzekerden de voor hen noodzakelijke hulp vergoed kunnen krijgen.

Bij de hulp aan verzekerden van 19 jaar en ouder ligt dat in feite niet anders. In vergelijking met het ziekenfondspakket doen zich nauwelijks verschillen voor. Wel heb ik het wenselijk geacht in het kader van het standaardpakket bepaalde paradontale behandelingen op te nemen, alhoewel deze op dit moment geen onderdeel vormen van het ziekenfondspakket.

Overigens heb ik wel geconstateerd dat het noodzakelijk is de vergoeding van bepaalde behandelingen te binden aan een maximum aantal behandelingen per jaar. Dit geldt voor periodieke controle, het röntgenonderzoek, het verwijderen van tandsteen, de vergoeding van de kosten van kostbare voorzieningen zoals inlay's en kronen. Dezelfde noodzaak doet zich voor bij de prothetische voorzieningen. Alhoewel dat niet de omvang van de hulp in strikte zin raakt, zal ik hieronder ook ingaan op het advies van het KLOZ om de vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp te binden aan een maximum van 80%. Het KLOZ stelt in zijn advies dat een dusdanig vergoedingstelsel dient te worden gecreëerd dat de verzekerde wordt gestimuleerd in een kritische beleving van de tandheelkundige hulp. Het KLOZ baseert hierop zijn voorstel om te komen met een regeling, op grond waarvan een financieel belang wordt gelegd bij de verzekerde door middel van een procentuele vergoeding. In het licht van het algemeen aanvaarde

uitgangspunt dat prioriteit dient te worden verleend aan de tandheelkundige verzorging van de jeugd acht ik overneming van dat voorstel bij jeugdigen niet gewenst. Bij de vaststelling van het pakket ten behoeve van volwassenen ligt dat mijns inziens anders. Ik zal dan ook het voorstel van de maximale vergoeding bij de volwassenen overnemen.

Voor wat betreft de tandheelkundige hulp aan verzekerden met een bijzondere aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking alsmede aan lichamelijk of geestelijk gehandicapten zal ik de thans in het standaardpakket opgenomen kostenvergoedingen handhaven. Ik zal derhalve op dit punt niet het advies van het KLOZ volgen.

Overigens is in het ziekenfondspakket de verstrekking van bepaalde voorzieningen beperkt. Immers de hulp aan deze categorieën van verzekerden omvat alleen in bepaalde, nauwkeurig in het Besluit tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering omschreven, situaties de verstrekking van een frameprothese, kroon- en brugwerk, een overkappingsprothese en een gegoten vulling. In dat licht bezien acht ik het juist om de vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp aan verzekerden met een aangeboren of verworven tandheelkundige afwijking te binden aan een maximum van 90% daarvan.

Overeenkomstig het advies van het KLOZ zal ik voorts, voor wat betreft de vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke of geestelijke handicap, vastleggen dat deze gebaseerd dient te zijn op een bedrag van f 140 per uur.

– *farmaceutische hulp*

De omvang van de farmaceutische hulp in het ziekenfondspakket en het standaardpakket is, afgezien van enkele kleine verschillen, nagenoeg gelijk. In het standaardpakket is niet overgenomen het stelsel van bijlagen op grond waarvan bepaalde geneesmiddelen niet worden vergoed.

In het ziekenfondspakket is recentelijk opgenomen de verstrekking van bepaalde voedingsmiddelen. Tevens is bij die gelegenheid de verstrekking van vaccins herzien.

In het standaardpakket heb ik besloten de vergoeding van de kosten van vaccins niet mee te nemen. Ik heb gemeend de discussie die daarover binnen het KLOZ gaande is, af te moeten wachten. Ik heb daarnaast besloten de voedingsmiddelen niet voor vergoeding in aanmerking te laten komen. Daarbij heb ik overwogen dat, evenals ten aanzien van de ziekenfondsverzekering, als uitgangspunt geldt dat voedingsmiddelen behoren tot de voorzieningen waarvan in het kader van de AAW vergoeding mogelijk is. In de praktijk van de ziekenfondsverzekering hebben zich in het verleden problemen voorgedaan bij de vergoeding van bepaalde voedingsmiddelen. Daarom heb ik besloten deze in het kader van de ziekenfondsverzekering te regelen. Ik heb de Kamer omtrent een en ander geïnformeerd bij brief van 20 februari 1985 (kamerstukken II, 1984–1985, 18 600, nr. 159) en bij brief van 19 maart 1985 (kamerstukken II, 1984–1985, 18 600, nr. 207).

Ten aanzien van particulier verzekerden ligt de situatie in zoverre anders dat indien zich problemen voordoen bij de vergoeding van bepaalde voedingsmiddelen ook nog artikel 4, tweede lid, van het op artikel 57 van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet gebaseerde Koninklijk besluit van 14 augustus 1976, Stb. 434 (Regelen met betrekking tot voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsongeschiktheid en andere voorzieningen) van toepassing. Op grond hiervan is het mogelijk personen die in casu niet-ziekenfondsverzekerd zijn in aanmerking te doen komen voor voorzieningen die niet behoren tot het particuliere ziektekostenverzekeringspakket doch wel als verstrekking zijn geregeld in het kader van de ziekenfondsverzekering. Deze uitzonderingsbepaling in het kader van de AAW brengt met zich dat in de praktijk ter zake van de vergoeding van de hierboven aangeduide voedingsmiddelen geen problemen kunnen ontstaan.

– kunst- en hulpmiddelen

Met betrekking tot de omvang van de vergoeding van de kosten onderscheidenlijk de verstrekking van kunst- en hulpmiddelen doen zich in feite, behoudens één uitzondering, geen verschillen voor. Overeenkomstig de in de particuliere markt bestaande uniforme regeling van de particuliere ziektekostenverzekeraars (de zogenaamde KLOZ-regeling) zal – het KLOZ heeft daar terecht op gewezen – in de lijst van kunst- en hulpmiddelen ook de zogenaamde uitwendige infuus pomp voor diabetes mellites-patiënten worden opgenomen.

Ten aanzien van de overige vormen van hulp doen zich voor wat betreft de omvang geen verschillen voor.

2. Eigen risico – eigen bijdragen

In bijlage 1 treft u een vergelijkend overzicht aan van de eigen risico's en eigen bijdragen in het ziekenfondspakket enerzijds en het standaardpakket anderzijds.

Wordt op onderdelen gekeken naar het verschil in eigen bijdragen/eigen risico tussen het ziekenfondspakket enerzijds en het standaardpakket anderzijds, dan blijkt daaruit het volgende.

– Ten aanzien van kraamzorg is de eigen bijdrage in standaardpakket en ziekenfondspakket gelijk.

– Bij kunst- en hulpmiddelen kan het eigen risico in het standaardpakket gelijkwaardig worden geacht ten opzichte van de situatie bij het ziekenfondspakket en in een aantal situaties is zelfs sprake van een verbetering. De regeling in het standaardpakket is gelijk aan die welke thans in de particuliere verzekering geldt. Deze regeling is enige jaren geleden op verzoek van de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in de particuliere polissen ingevoerd als equivalent van de regeling in het ziekenfondspakket.

– Ten aanzien van tandheelkundige zorg zijn in het ziekenfondspakket de eigen bijdragen geconcentreerd bij niet gesaneerden en nieuw gesaneerden. In het kader van het standaardpakket gelden beperkingen voor een ieder. Tezamen bezien zijn de regelingen voor alle verzekerden gelijkwaardig.

– Ten aanzien van ziekenvervoer geldt in het standaardpakket een eigen risico dat voor zowel gehuwden als ongehuwden lager is dan dat in het ziekenfondspakket.

– Tegenover de eigen bijdragen voor psychotherapie van maximaal f 450 per jaar en voor farmaceutische hulp van maximaal f 125 per jaar in de ziekenfondssfeer staat een eigen risico voor niet-klinische specialistische hulp van f 100 voor alleenstaanden respectievelijk f 200 voor een gezin. Gecombineerd met de voordeliger regeling in het standaardpakket voor ziekenvervoer acht ik deze omzetting van een gelijke orde van grootte.

3. Nadere onderbouwing van f 120 mln.

In de uitgebreide commissievergadering van 11 november jl. deelde ik mede u schriftelijk in kennis te doen stellen van een nadere onderbouwing van de compensatiegelden ten bedrage van 120 miljoen gulden. Deze nadere onderbouwing treft u als bijlage aan.

4. Positie van studerenden

In het mondeling overleg van 20 november jl. heb ik u toegezegd het kabinetsstandpunt dienaangaande mee te delen. Het kabinet is van mening dat studerenden niet in de verplichte ziekenfondsverzekering dienen te worden opgenomen. Voorts is er de intentie om studerenden als particulier verzekerden te laten bijdragen aan de ILPZ en de MOOZ, zij het dat studerenden voor de helft worden meegewogen.

5. Inhouding ziekenfondspremie bij bejaarden en heffing van een werkgeversdeel bij vervroegd gepensioneerden

In het mondeling overleg van 20 november jl. heb ik u toegezegd nog vóór het plenaire debat overleg te plegen met de pensioenuitvoerders over de door hen opgeworpen bezwaren tegen de kabinetsvoorstellen met betrekking tot de stelselwijziging ziektekostenverzekering. Dit gesprek vond op 27 november jl. plaats.

Twee hoofdpunten kwamen daarin aan de orde: enerzijds de heffing van een werkgeversdeel bij vervroegd gepensioneerden in de verplichte ziekenfondsverzekering en anderzijds de wijze waarop de inning van de ziekenfondspremie voor bejaarden zou dienen plaats te vinden.

Het overleg leidde voor mij tot de conclusie dat de bezwaren die bij de pensioenuitvoerders leven ten aanzien van de betaling door hen van het werkgeversdeel van de ziekenfondspremie voor vervroegd gepensioneerden gegrond zijn. Dit brengt mij dan ook tot het voorstel om op vervroegd gepensioneerden een premieheffingssysteem toe te passen naar analogie van de systematiek voor de bejaarden in de verplichte ziekenfondsverzekering.

Dit betekent een heffing van – ongeveer – 2,8% over een bedrag gelijk aan het AOW-pensioen en van de volledige ziekenfondspremie (nu 9,2%) over het overige pensioen. In die constructie komt evenals bij de bejaarden het werkgeversdeel – zij het alleen over het nevenpensioen – voor rekening van de vervroegd gepensioneerden.

Waar het de werkzaamheden van de pensioenuitvoerders bij de inning van de ziekenfondspremies voor bejaarden (en dus ook voor vervroegd gepensioneerden) betreft, is afgesproken dat de ziekenfondsen de eindverantwoordelijkheid blijven houden ten aanzien van de vaststelling van de premies.

De pensioenuitvoerders zullen, indien zulks door de wetgever wordt opgelegd, de volledige medewerking verlenen aan het inhouden van de ziekenfondspremies op de door hen uitgekeerde pensioenen, hoewel dat naar de mening van de pensioenuitvoerders niet tot hun normale taak kan worden gerekend.

Deze werkwijze zal alleen gaan gelden voor verzekerden die na het in werking treden van de WTZ de leeftijd van 65 jaar bereiken dan wel vervroegd gepensioneerd worden. De pensioenuitvoerders zullen de nodige voorbereidingstijd krijgen. Over een vergoeding van de administratiekosten in dit verband zal overleg dienen te worden gevoerd. In de tussentijd zullen de ziekenfondsen met de premie-inning worden belast, zoals eveneens het geval zal zijn voor de bejaarden die als gevolg van de inwerkingtreding van de WTZ op dat moment verplicht ziekenfondsverzekerd zullen worden.

Het komt mij voor dat op bovenstaande wijze de problematiek van de inning van de ziekenfondspremie op bevredigende wijze is opgelost.

6. Nota van wijziging

Tegelijkertijd met deze brief ontvangt u een nota van wijziging bij het voorstel van Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Naast enkele punten die wijzigingen bevatten van wetstechnische aard, kunnen drie punten van beleidsinhoudelijke betekenis worden genoemd.

1. Er zal een referteperiode worden ingevoerd die – analoog aan de wetsvoorstellen met betrekking tot de stelselwijziging sociale zekerheid – betrekking zal hebben op verplichte ziekenfondsverzekering gedurende een periode van drie jaar binnen een aaneengesloten tijdvak van vijf jaar vóór het bereiken van de 65-jarige leeftijd.

2. Er zal mogelijk worden gemaakt dat bepaalde categorieën uitkeringsgerechtigden niet verplicht ziekenfondsverzekerd worden. Ik heb daarmee uitsluitend de groep WAO-gerechtigden op het oog die op grond van het

Koninklijk Besluit van 31 juli 1985 verplicht ziekenfondsverzekerd zijn geworden. Ten aanzien van deze groep heb ik de Tweede Kamer in het interpellatiedebat van 26 september 1985 toegezegd de verplichte ziekenfondsverzekering op een later tijdstip weer ongedaan te maken. Zonder nadere regeling zou deze groep bij de inwerkingtreding van de wet – onbedoeld – opnieuw verplicht ziekenfondsverzekerd worden.

3. Er is een wettelijke basis opgenomen op grond waarvan het tekort in de particuliere markt dat door overgang van de voormalig vrijwillig verzekerden naar de particuliere verzekeringen zal ontstaan, door de particuliere verzekeraars onderling zal worden verevend.

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

Eigen risico – eigen bijdragen

In het navolgende wordt een vergelijkend overzicht van de eigen risico's en eigen bijdragen met betrekking tot het standaardpakket en het ziekenfondspakket gepresenteerd.

Kunst en hulpmiddelen

In het ziekenfondspakket gelden de volgende eigen bijdragen.

Er is in bepaalde gevallen sprake van een eigen bijdrage van 10% van aanschaffings- of herstelkosten in geval van aanschaf van een vervangend middel of herstel van een geleverd middel.

Mammaprothesen

De verzekerde is als eigen bijdrage verschuldigd het meerdere boven f 307,50 voor een niet-vloeistof houdende prothese; het meerdere boven f 80 voor een vloeistof houdende prothese; een bedrag van f 57 voor een afzonderlijk vervaardigde prothese.

Orthopedisch schoeisel

Omvattende volledig individueel vervaardigd orthopedisch maatschoeisel, alsmede individueel aangepast speciaal schoeisel. Eigen bijdrage voor verzekerden tot 16 jaar f 85,50 per paar en voor verzekerden van 16 jaar en ouder f 170,50 per paar.

Brilleglazen/contactlenzen

Verzekerde is eigen bijdrage verschuldigd gelijk aan de aanschaffingskosten van deze middelen verminderd met het voor rekening van de ziekenfondsverzekering komende gedeelte daarvan, zoals in onderstaande tabellen wordt aangegeven.

Vergoedingslijst brilleglazen**Enkelfocusglazen**

Sferische sterkte in dioptrieën	Zonder cilinder	Cilinder + 0,25 t/m + 2,00	Cilinder + 2,25 t/m + 4,00	Cilinder + 4,25 en meer
0,00 t/m 2,00	f —	f —	f —	f 15,75
2,25 t/m 4,00	f —	f —	f —	f 49,25
4,25 t/m 6,00	f —	f —	f 35,75	f 54,75
6,25 t/m 8,00	f —	f 31,75	f 42,75	f 84,50
8,25 t/m 10,00	f 31,50	f 41,25	f 51,50	f 97
10,25 t/m 13,00	f 39,75	f 51	f 87,25	f 108,50
13,25 t/m 16,00	f 48	f 89,25	f 99,25	f 119,50
16,25 en meer	f 56,50	f 109	f 112,75	f 132,25

Meerfocusglazen

Dioptriesterkte van het afstanddeel	Zonder cilinder	Cilinder + 0,25 en meer
0,00 t/m 2,00	f —	f 6,50
2,25 t/m 4,00	f —	f 16,25
4,25 t/m 6,00	f —	f 26,50
6,25 t/m 8,00	f 7,50	f 40,25
8,25 en meer	f 22,75	f 53,25

Brilleglazen van kunststof bij afakie, indien aangegeven in het medisch voorschrift

Dioptriesterkte	Zonder cilinder	Cilinder + 0,25 t/m + 2,00	Cilinder + 2,25 en meer
8,25 t/m 13,00	f 114,25	f 130	f 137,25
13,25 t/m 20,00	f 121,25	f 137,25	f 144,50
20,25 en meer	f 135,75	f 151,75	f 158,75

Voor contactlenzen, conventionele, zowel als hydrofiele (soft) lenzen, alsmede voor bijzondere optische hulpmiddelen voor rechtstreekse waarneming, zoals telescoopbrillen, verrekijkerbrillen, loepen enz., is een eigen bijdrage van ten hoogste f55 per stuk verschuldigd.

Hoortoestellen die het geluid op mechanische dan wel elektrische wijze versterken in diverse uitvoeringen (zie art. 13, 1e lid onder a t/m g).

Eigen bijdrage in de aanschaffingskosten van 10% en indien 90% van de aanschaffingskosten meer bedraagt dan f985 bovendien een eigen bijdrage tot dat meerdere. Indien sprake is van een hoortoestel opgenomen in een brilmontuur (art. 13, 1e lid onder f) dan wordt dit bedrag vermeerderd met f100 voor het brilmontuur.

Voor accu's, alsmede voor de verstrekking van oorstukjes zo vaak als nodig is een eigen bijdrage van 10% in de aanschaffingskosten dan wel vervangingskosten (oorstukjes) verschuldigd.

Elastische kousen van een bepaald soort (zie art. 19, eerste lid) alsmede elastische armkousen van een bepaald soort (zie art. 19, eerste lid). Eigen bijdrage in de aanschaffingskosten van 10%.

Diabetes testhulpmiddelen

- apparaat voor het zelf afnemen van bloed
- strips voor het zelf bepalen van het bloedsuikergehalte van afleesstroken.

Eigen bijdrage tot het bedrag dat de aanschaffingskosten een bedrag van f400 per kalenderjaar te boven gaan.

Tijdens een periode van zwangerschap en ten hoogste drie maanden daarna wordt het bedrag van f400 (art. 20, zesde lid) verhoogd met f35 per maand.

Voor het standaardpakket geldt ten aanzien van de kunst- en hulpmiddelen een eigen risico van f200 per jaar voor een gezin en f100 voor een alleenstaande.

Ziekenvervoer

De verzekerde is voor zichzelf en voor zijn medeverzekerden tezamen ter zake van vervoer overeenkomstig het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering (Stcrt. 1980, 165) een eigen bijdrage verschuldigd van f114 per twaalf maanden.

Voor het standaardpakket geldt ten aanzien van ziekenvervoer een eigen bijdrage van f100 per gezin en van f50 voor een alleenstaande.

Niet-klinische specialistische psychotherapeutische hulp

De ziekenfondsverzekerde is een eigen bijdrage verschuldigd van: f5 per zitting in geval van individuele psychotherapie en in geval van groepspsychotherapie f2,50 per zitting in geval van partner-relatie psychotherapie en f5 per zitting voor zijn gezin in geval van gezinspsychotherapie.

Voor deze eigen bijdrage geldt een maximum van f 450 per jaar per verzekerde dan wel in geval van gezinstherapie per gezin.

In het standaardpakket is voor deze vorm van hulp geen eigen bijdrage verschuldigd.

Tandheelkundige hulp

Tandsteenverwijdering

Indien de ziekenfondsverzekerde niet in het bezit is van een saneringsbewijs betaalt hij voor het verwijderen van tandsteen aan de tandarts of tandheelkundige maximaal f 21,50. Indien wél sprake is van een geldig saneringsbewijs, is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Conserverende tandheelkundige hulp

Indien de ziekenfondsverzekerde niet in het bezit is van een saneringsbewijs, bedraagt de eigen bijdrage f 9,50 per vulling (tenzij het betreft de eerste behandeling aan het blijvende gebit van een verzekerde die in het lopende kalenderjaar de leeftijd van 7 jaren nog niet heeft bereikt of zal bereiken) voor een verzekerde die in het lopende kalenderjaar de leeftijd van 21 jaren nog niet heeft bereikt of zal bereiken. Voor oudere verzekerden is een eigen bijdrage van f 17,75 per vulling verschuldigd. Indien wél sprake is van een geldig saneringsbewijs, is geen eigen bijdrage verschuldigd.

Prothetische tandheelkundige hulp/plaat-prothesen

Er is een eigen bijdrage van f 450 voor een volledige kunstharsprothese en f 246 voor een onder- of boven kunstharsprothese.

Eigen bijdrage voor een kunstharsprothese met:

– 13–9 elementen	f 216
– 8 elementen	f 208
– 7 elementen	f 193
– 6 elementen	f 179
– 5 elementen	f 165
– 4 elementen	f 151
– 3 elementen	f 136
– 2 elementen	f 101
– 1 element	f 90

Eigen bijdrage voor een partiële frameprothese met:

– 10 tot en met 13 elementen	f 351
– 9 elementen	f 351
– 8 elementen	f 343
– 7 elementen	f 328
– 6 elementen	f 314
– 5 elementen	f 300
– 4 elementen	f 286
– 3 elementen	f 271
– 2 elementen	f 236
– 1 element	f 225

De eigen bijdrage voor een partiële frameprothese wordt verhoogd met de techniekkosten van het metalen frame zonder elementen.

Indien voor bovengenoemde prothesen ankers zijn aangebracht is voor elk anker een eigen bijdrage verschuldigd van f 14,50.

Is aan een partiële onderprothese een linguale bar aangebracht dan is daarvoor een eigen bijdrage verschuldigd van f 69, 25.

De eigen bijdrage voor een partiële immediaat prothese wordt verhoogd met een bedrag van f 8,25 per element tot een maximum van f 53 voor een prothese in de onder- of bovenkaak en tot een maximum van f 82 voor prothesen in beide kaken.

De eigen bijdrage wordt bij het verstrekken van een volledige onder- of boven immediaatprothese verhoogd met f 18 en bij het verstrekken van een volledige immediaatprothese in beide kaken met f 30.

Is bij het overzetten van de prothese gebruik gemaakt van de in de oorspronkelijke prothese aanwezige elementen dan wordt de eigen bijdrage verminderd met f 8 voor elke tand en met f 3,50 voor elke kies.

Bij het aanbrengen van een nieuwe kunstharsbasis voor een volledige prothese onderscheidenlijk een onder- of bovenprothese geldt een eigen bijdrage van f 124 respectievelijk f 62.

Reparaties aan een prothese of onderdelen daarvan alsmede het in de prothese bijplaatsen of vernieuwen van één of meer elementen of één of meer ankers onderscheidelijk een combinatie van deze verrichtingen, vinden plaats tegen een eigen bijdrage van f 20,50.

Bij bepaalde vormen van kaakorthopedische hulp zijn per behandelingsmaand bedragen verschuldigd die variëren van f 15,50 tot f 107.

Voor de kosten van reparatie aan de apparatuur (bij kaakorthopedische behandeling) welke een gevolg zijn van onzorgvuldig gebruik daarvan door de verzekerde is een bedrag van f 49 per reparatie verschuldigd.

In geval van vervanging van apparatuur is een bedrag verschuldigd van f 143. Wanneer het apparaat betreft voor het afleren van gewoonten welke kaakorthopedische afwijkingen kunnen veroorzaken of verergeren, geldt een bedrag van f 104.

Voor retentiestiften bij het leggen van amalgaamvullingen is een eigen bijdrage verschuldigd van f 23,25 voor de eerste stift en van f 8 voor een volgende stift.

Ongeacht het aantal stiften is per vulling niet meer verschuldigd dan een bedrag van f 39,50.

Indien voor het leggen van een vulling een cementbodem is vereist, geldt daarvoor een eigen bijdrage van f 23,75.

Voor een composietvulling (voor verzekerden jonger dan 21 jaar) is een eigen bijdrage verschuldigd van f 13,05 voor een éénvlaks, f 12,05 voor een tweévlaks en f 12,15 voor een drie- of méévlaks.

Voor een composietvulling (voor verzekerden ouder dan 21 jaar) is een bijdrage verschuldigd van f 24,35 voor een éénvlaks, f 22,55 voor een tweévlaks, f 20,90 voor een drie- of méévlaks.

Zoals ik in het voorgaande heb aangegeven, zal ik in het standaardpakket de vergoeding van de kosten van tandheelkundige hulp aan volwassenen op 80% vaststellen.

Kraamzorg

De eigen bijdrage bedraagt: voor thuiskraamzorg f 37,50 per dag en voor wijkkraamzorg f 15,60 per dag.

Indien de verzekerde in een kraaminrichting dan wel zonder medische indicatie in een ziekenhuis verblijft, geldt de eigen bijdrage voor thuiskraamzorg vermeerderd met het bedrag waarmee het tarief van de kraaminrichting of het ziekenhuis een bedrag van f 272 te boven gaat.

De vergoeding van de kosten voor vervangende kraamzorg is ten hoogste f 95 per dag. Het eventueel meerdere komt voor rekening van de verzekerde.

De eigen bijdrage voor kraamzorg in het ziekenfondspakket en het standaardpakket zijn qua hoogte aan elkaar gelijk.

Farmaceutische hulp

Voor deze hulp geldt in de ziekenfondsverzekering een eigen bijdrage van f 2,50 per geneesmiddel met een maximum van f 125 per kalenderjaar voor de verzekerde en zijn medeverzekerden tezamen.

In het standaardpakket geldt voor deze vorm van hulp geen eigen bijdrage.

Nadere onderbouwing van de berekening van de kosten van de compensatieregeling voor zelfstandigen en ex-zelfstandige bejaarden

Uitgangspunt voor de compensatiebedragen voor zelfstandigen zijn de inkomenseffecten op jaarbasis die optreden als gevolg van de voorgenomen stelselwijziging. De weergave hiervan is opgenomen in tabel 6 in de Memorie van Antwoord inzake de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1985–1986, 18972, nr. 6).

Voor de ex-zelfstandige bejaarden is uitgegaan van een premie voor het standaardpakket van f 135 per volwassene per maand en de huidige premies per maand in de bejaardenverzekering. Hiervan is een gemiddeld inkomenseffect voor gehuwden en ongehuwden afgeleid.

Voor de ramingen is gebruik gemaakt van gegevens van het CBS inzake de inkomensverdeling, demografische gegevens van het CBS, gegevens uit de praktijk van de Eenmalige uitkering zelfstandigen 1983 en gegevens ontleend aan het advies van de SER.

Bij de berekening van de kosten van de regeling is bij de actieve zelfstandigen er van uitgegaan dat in beginsel alle hiervoor in aanmerking komende zelfstandigen compensatie zullen aanvragen. Bij de berekeningen van de kosten voor bejaarden wordt er van uit gegaan dat het hier gaat om een nieuw bestand omdat alleen degenen die na de ingangsdatum van de nieuwe situatie 65 jaar worden, particulier verzekerd blijven en voor de compensatieregeling in aanmerking komen. De berekening van de uitvoeringskosten is gebaseerd op de ervaring met de eenmalige uitkeringen voor zelfstandigen, waarbij ervan is uitgegaan dat de compensatieregeling qua uitvoering complexer is en daardoor hogere kosten met zich brengt. Voor de jaren 1986–1988 ontstaat dan het volgende beeld van de gemiddelde kosten:

Subgroep 1. Zelfstandigen

Gezinshuishouding	Aantal	Bedrag uitkering	Totaal (x f mln. gld.)
<i>Inkomen gelijk aan of kleiner dan f 23 700</i>			
Gehuwden	14 000	1014	14,2
Gehuwden met 1 kind van 16 jaar of jonger	5 000	1824	9,1
Gehuwden met 2 of meer kinderen van 16 jaar of jonger	17 000	2634	44,8
Gehuwden met 2 kinderen ouder dan 16 jaar	1 000	408	0,4
Subtotaal			68,5
<i>Inkomen hoger dan f 23 700 maar gelijk aan of lager dan f 28 600</i>			
Gehuwden met 1 kind van 16 jaar of jonger	3 000	467	1,4
Gehuwden met 2 of meer kinderen van 16 jaar of jonger	5 000	1277	6,4
Subtotaal			7,8

Gezinshuishouding	Aantal	Bedrag uitkering	Totaal (x f 1 mln. gld.)
<i>Inkomen hoger dan f 28 600 maar gelijk aan of lager dan f 33 500</i>			
Gehuwden met 2 of meer kinderen van 16 jaar of jonger	3 000	698	2,1
Restgroep (o.a. ongehuwden met 2 of meer kinder van 16 jaar of jonger) en onvoorzien			7,6
Totaal			86
Uitvoeringskosten			10
			96

Subgroep II. Ex-zelfstandigen bejaarden

Categorie	Aantal	Gem. uitkering	Bedrag (x f mln.)
Gehuwden	7400	f 2000	14,8
Ongehuwden	7000	f 1000	7,7
			22,5
Uitvoeringskosten			1,5
			24