

Vergaderjaar 1985–1986

19 010**Interne lastenverevning particuliere
ziekttekostenverzekeringsbedrijf****Nr. 10****MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 1 oktober 1985

Inleiding

De ondergetekende heeft met grote belangstelling kennis genomen van de voorlopige bevindingen van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid op het voorstel van wet interne lastenverevning particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf (ILPZ). Hij is de leden van de commissie erkentelijk voor het positieve oordeel dat zij hebben uitgesproken over het voorstel van wet.

De leden van de commissie merkten op dat het hun ter wille van de overzichtelijkheid beter had geleken indien het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) bij afzonderlijke Koninklijke Boodschap aan de Kamer zouden zijn aangeboden, zodat zij onder een verschillend nummer als Kamerstuk gedrukt hadden kunnen worden. De ondergetekende is het hiermee eens en zegt toe in het vervolg met deze opmerking rekening te zullen houden.

Algemeen

De leden van de P.v.d.A.-fractie onderschreven de opmerking van de Raad van State over de wenselijkheid van integratie van beide wetsvoorstellen en achtten de reactie in het nader rapport wel uitvoerig doch niet overtuigend. Naar aanleiding van deze opmerking wil de ondergetekende uitvoeriger dan in het nader rapport ingaan op de door de Raad van State gehanteerde argumenten. De Raad voert allereerst aan dat de begripsomschrijvingen in beide wetsvoorstellen in belangrijke mate gelijk zijn. Deze konstatering, die juist was voor wat betreft de aan de Raad voorgelegde voorstellen, heeft inmiddels aan kracht ingeboet door de wijziging van de essentiële definities van het begrip «overeenkomsten van ziektekostenverzekering» in de aan de Tweede Kamer voorgelegde voorstellen. In beide wetsvoorstellen is de inhoud van dit begrip nu niet meer identiek. Voor de redenen die tot het verschil in definitie hebben geleid, zij verwezen naar de toelichting op artikel 1 in de memorie van toelichting. Als andere argumenten noemt de Raad dat is gekozen voor eenzelfde rechtsbeschermingsregiem en voor sanctionering ingevolge de Wet op de economische delicten. Gelet op het feit dat voor de voorgestelde rechtsbescherming en sanctionering in

zeer vele uiteenlopende wetten is gekozen komt het de ondergetekende voor dat deze omstandigheden op zich beschouwd geen doorslaggevende argumenten vormen om beide wetsvoorstellen samen te voegen. Ten slotte brengt de Raad naar voren dat is gekozen voor een vergelijkbare uitvoeringsstructuur in beide wetsvoorstellen. Hiertegen kan worden ingebracht dat de uitvoeringsproblematiek in beide regelingen in belangrijke mate verschilt: een feit waarop de Raad overigens ook zelf wijst. Moge uit het vorenstaande blijken dat de door de Raad van State aangevoerde argumenten niet per se nopen tot een samenvoeging van de wetsvoorstellen, in vergelijking met de argumenten die pleiten voor separate regelgeving, zoals het verschil in doelstelling, uitvoeringsproblematiek, kring van betrokken verzekeraars en vermoedelijke werkingsduur, zijn zij naar het oordeel van de ondergetekende beslist van minder gewicht te achten. De ondergetekende blijft dan ook van mening dat het gescheiden houden van de regelingen de voorkeur verdient.

Deze leden alsook de leden van de fractie van D'66 vroegen de visie van de regering op de uitspraak van het Kontaktorgaan Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) dat de interne lastenvereveningsregeling zonder nadere regelingen betreffende de uniformering van de premiestructuur niet zal leiden tot verkleining van de premieverschillen in de particuliere markt. De ondergetekende deelt deze mening van verzekeraars niet. De in artikel 5 van het onderhavige wetsvoorstel voorgestelde planprocedure waarbij verzekeraars worden verplicht aan te geven op welke wijze vereveningsbijdragen zullen worden gefinancierd c.q. vereveningsuitkeringen zullen worden aangewend, schept voor de overheid immers voldoende mogelijkheden om er op toe te zien dat de bandbreedte-reductiedoelstelling wordt gerealiseerd, zodat geen noodzaak bestaat tot verdergaande regulering van de ziektekostenverzekeringmarkt.

Overigens wijst de ondergetekende er nog op dat onderscheid dient te worden gemaakt tussen twee soorten bandbreedten, nl. de *interne* bandbreedte die het verschil aangeeft tussen de hoogste en de laagste premie die voor eenzelfde verstrekkingenpakket door één en dezelfde verzekeraar wordt berekend bv. als gevolg van leeftijdstoelagen en -kortingen, en de *externe* bandbreedte die gelijk is aan de differentiatie in premieniveaus voor gelijke verstrekkingenpakketten tussen de particuliere ziektekostenverzekeraars onderling. De uniformering van de premies die door het KLOZ tijdens de hoorzitting van de vaste commissie voor de volksgezondheid is aangekondigd en waaromtrent door de leden van de V.V.D.-fractie een oordeel van de regering wordt gevraagd, heeft betrekking op de interne bandbreedte. Door met ingang van 1 januari 1986 voor nieuw te sluiten verzekeringen een gematigde premiedifferentiatie vast te leggen, zal de als ongewenst beschouwde mogelijkheid tot premieconcurrentie op basis van de leeftijd van aspirant-verzekerden worden tegengegaan. Bedoelde uniformering van de – interne – premiestructuur kan de met het wetsvoorstel beoogde reductie van de tussen verzekeraars bestaande premieniveauverschillen ondersteunen. In antwoord op de vraag van de leden van de D'66-fractie kan worden opgemerkt dat de ondergetekende bij de voorgenomen uniformering van de premiestructuur zal worden betrokken via de gesprekken die jaarlijks in het kader van het prijsbeleid met het KLOZ worden gevoerd. Voorts kunnen de effecten van de premiestructurering worden betrokken bij de beoordeling door de overheid van de jaarlijks door verzekeraars in het kader van de onderhavige wet in te dienen aanwendingsc.q. financieringsplannen.

Door de leden van de C.D.A.-fractie werd geïnformeerd naar de te verwachten termijn waarbinnen de doelstellingen van het wetsvoorstel – met name het herstel van het evenwicht in de leeftijdsopbouw – zouden kunnen zij gerealiseerd. Deze vraag laat zich op dit moment niet beantwoorden aangezien in het bijzonder de herverdeling van de huidige groep vrijwillig ziektenfondsverzekerden, waarvan leeftijdsopbouw en gezinssamenstelling niet precies bekend zijn, zal leiden tot aanzienlijke mutaties in

de samenstelling en leeftijdsopbouw van de portefeuilles van de particuliere ziektekostenverzekeraars. Eerst nadat deze herverdeling heeft plaatsgevonden en een inventarisatie zal zijn gemaakt van de opgetreden effecten, kan een raming worden gemaakt van de periode waarbinnen bij het gekozen systeem van lastenverevening het gewenste herstel van het evenwicht in de leeftijdsopbouw van het verzekerdenbestand van de individuele verzekeraars zal zijn bereikt. Voor wat betreft de verwachtingen omtrent het te doorlopen tijdspad met betrekking tot de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) wordt verwezen naar hetgeen in de memorie van antwoord bij dat wetsvoorstel onder het kopje «Algemeen» is opgemerkt naar aanleiding van een vraag van de D'66-fractie.

Het particuliere verzekeringsbedrijf

De leden van de P.v.d.A.-fractie verzochten om een oordeel inzake de ontwikkeling van de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt sedert het uitbrengen van het rapport «Vrijwillig Perspectief» eind 1983. De indruk van deze leden dat de particuliere ziektekostenverzekeraars in de afgelopen twee jaar niet hebben meegewerkt aan de realisering van één der doelstellingen van «Vrijwillig Perspectief», te weten verkleining van de premiedifferentiaties in de particuliere markt, wordt door de ondergetekende ten algemene niet onderschreven. Niet ontkend kan worden dat als gevolg van de bestaande concurrentieverhoudingen op de verzadigd rakende particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt verzekeraars zich steeds grotere inspanningen moeten getroosten om verworven marktaandelen te behouden. In het bijzonder voor de grote groep ziektekostenverzekeraars die als direct writer verzekeringscontracten afsluiten zijn wervingscampagnes via de media daarbij het meest geëigende middel. Het is de ondergetekende niet gebleken dat deze campagnes in de afgelopen twee jaar meer dan in de daaraan voorafgaande periode zouden zijn gericht op de «goede risico's».

In dit verband kan voorts nog worden gewezen op het tijdens de hoorzitting van de commissie aangekondigde voornemen van verzekeraars om met ingang van 1 januari 1986 tot een structurering van de premies voor nieuw te sluiten verzekeringscontracten over te gaan waarbij het in rekening brengen van leeftijdskortingen en -toeslagen zal worden beperkt. Zoals hiervoor reeds onder het kopje «Algemeen» is opgemerkt zal ook hierdoor een bijdrage worden geleverd aan de doelstelling de premiedifferentiaties te verkleinen.

De leden van de V.V.D.-fractie merkten op in de memorie van toelichting een beschouwing te missen met betrekking tot de toereikendheid van de door de particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijfstak zelf ontworpen garantieregeling ter realisering van de met het wetsvoorstel beoogde beperking van het insolventierisico. Een beschouwing dienaangaande is niet opgenomen omdat een dergelijke regeling, waarover binnen de bedrijfstak wel van gedachten is gewisseld, nimmer tot stand is gekomen. Overigens kan naar de mening van de ondergetekende een dergelijke garantieregeling niet in de plaats treden van de interne lastenvereveningsregeling, aangezien een garantieregeling niet de kans op déconfitures vermindert, doch het creëren van een vangnet voor verzekerden van ondernemingen die in staat van faillissement zijn geraakt beoogt. Bovendien kan een garantieregeling geen bijdrage leveren aan de tweede hoofddoelstelling van de interne lastenvereveningswet, te weten verkleining van de door leeftijdsverschillen veroorzaakte premiedifferentiaties op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt. Zoals in de memorie van antwoord op het voorstel van wet toezicht schadeverzekeringsbedrijf (Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 15 612, nr. 8) op blz. 27 is opgemerkt kleeft aan een garantieregeling als bedoeld voorts het bezwaar dat toe- en uittreding op vrijwillige basis is geregeld. Hierdoor bestaat geen zekerheid dat door alle ziektekostenverzekeraars steeds wordt deelgenomen, zodat de conti-

nuiteit van de regeling en dus van een in alle omstandigheden toereikend financieel draagvlak niet in voldoende mate wordt gewaarborgd.

De voorgestelde regeling

De leden van de P.v.d.A.-fractie waren van oordeel dat onvoldoende klaarheid is geschapen over het precieze systeem van de verevening. De ondergetekende is evenwel de mening toegedaan dat de in de memorie van toelichting uiteengezette berekeningsmethode reeds op zo uitgebreide wijze een omschrijving geeft van het toe te passen vereveningssysteem dat niet valt in te zien hoe, zonder in uiterst technische details te treden, de leden van de Tweede Kamer nog verdere relevante informatie kan worden verstrekt.

Deze leden koesterden tevens hun twijfels over de wenselijkheid de vaststelling van het vereveningssysteem te delegeren naar een algemene maatregel van bestuur, terwijl de leden van de C.D.A.-fractie zich afvroegen of de vereveningsregeling wel bij algemene maatregel van bestuur kan worden vastgesteld en voorts in het algemeen om een nadere argumentatie inzake de gelede normstelling vroegen. In antwoord hierop zij opgemerkt dat delegatie en subdelegatie alleen dan is voorzien wanneer de te regelen materie daartoe noopt. De delegatieconstructies zijn dan ook beperkt tot die gevallen waarin volledig wordt voldaan aan een of meer van de in het eindbericht van de Commissie vermindering en vereenvoudiging van overheidsregelingen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1983–1984, 17 931, nr. 9) als klassiek aangemerkte voorwaarden die delegatie van regelgevende bevoegdheden rechtvaardigen. Dit geldt zeker voor de onderhavige vereveningsregeling waarvan het gecompliceerde technische karakter al zonder meer gelede normstelling rechtvaardigt. Daarnaast spruit de wenselijkheid van delegatie op dit punt voort uit de behoefte om als gevolg van de ontwikkelingen in het ziektekostenverzekeringsbedrijf, mede door toedoen van de vereveningsregeling, de normstelling op onderdelen tijdig te kunnen bijstellen. Voorts moet worden bedacht dat met de regeling nog geen ervaring is opgedaan. Het moet niet uitgesloten worden geacht dat wanneer dat wel het geval zal zijn, ook deze aanleiding kan geven tot nieuwe inzichten waarop slagvaardig moet kunnen worden ingespeeld. Bovendien is in het wetsvoorstel het gebruik van de te delegeren bevoegdheden naar doelstelling, reikwijdte en daarbij in aanmerking te nemen omstandigheden, zo veel mogelijk geclausuleerd en is de inhoud van de voorgenomen uitvoeringsmaatregelen uitgebreid toegelicht. Een al te sterke uitholling van de positie van de medewetgever waarvoor de leden van de C.D.A.-fractie vrezden, valt daarom naar de mening van de ondergetekende niet te verwachten. De ondergetekende meent dan ook te moeten vasthouden aan de voorgestelde delegatiebepalingen.

De ernstige bezwaren die door de leden van de P.v.d.A.-fractie naar voren zijn gebracht tegen subdelegatie met betrekking tot de vereveningsregeling meent de ondergetekende te kunnen wegnemen door er op te wijzen dat met deze subdelegatie uitsluitend wordt beoogd de Verzekeringkamer richtlijnen te kunnen doen uitvaardigen waarin wordt aangegeven hoe de door verzekeraars uitgekeerde schadebedragen moeten worden herleid tot uitkeringen op basis van klasse III.

Ten slotte deelt de ondergetekende in dit verband mee dat hij, gelet op het vorenstaande, geen bijzondere reden ziet de concept algemene maatregelen van bestuur aan de Kamer voor te leggen.

De leden van de fracties van P.v.d.A. en D'66 vroegen naar de berekening van het vereveningsbedrag voor het eerste jaar na inwerkingtreding van de wet. Met behulp van gegevens van een door het KLOZ ingestelde enquête waaraan – naar premie-inkomen gemeten – door ruim tweederde van de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt is meegewerkt, zijn op de wijze zoals in punt 4 van het algemeen gedeelte van de memorie van toelichting is aangegeven en uitgaand van een vereveningspercentage van 20%, de

geldoverdrachten per verzekeraar berekend. Deze belopen voor het onderzochte gedeelte van de markt in totaal circa f 18 miljoen, zodat op grond hiervan het totale vereveningsbedrag voor het eerste jaar is geschat op circa f 25 miljoen.

De in dit verband door de leden van de fractie van D'66 gestelde vraag naar het vereveningsbedrag dat op dit moment nodig zou zijn om de verschillen in leeftijdsopbouw volgens de in de memorie van toelichting beschreven methode volledig te verevenen, kan als volgt worden beantwoord. Zoals in de memorie van toelichting is opgemerkt worden bij de verevening in eerste instantie uitsluitend de klinische kosten (ziekenhuis-kosten en kosten van klinische specialistische behandeling op basis van klasse III) in aanmerking genomen. Deze kosten vormen in totaal circa 65% van de schadelast van particuliere ziektekostenverzekeraars (cijfers over 1983). Een 100% verevening van de door verschillen in leeftijdsopbouw tussen verzekeraars veroorzaakte schadelastverschillen, zou tot geldoverdrachten leiden van in totaal ($100/20 \times f 25$ miljoen): $0,65 =$ circa f 190 miljoen. Aangezien dit bedrag uitsluitend zou dienen te worden opgebracht door het bijdrageplichtige gedeelte van de markt, zou een dergelijke verevening tot onaanvaardbare verstoringen leiden in de concurrentieverhoudingen op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt. Om die reden en om in de eerste jaren ervaring met het systeem op te doen is bij de introductie van het vereveningssysteem gekozen voor een gematigd niveau van verevening. Indien de situatie op de markt daartoe aanleiding geeft zal in de komende jaren verevening van een groter deel van de schadelast kunnen plaatsvinden.

De leden van de C.D.A.-fractie informeerden naar de in richtlijnen op te nemen normen en criteria, waarnaar de door verzekeraars op te stellen aanwendings- c.q. financieringsplannen zullen worden beoordeeld. Hierop luidt het antwoord dat deze plannen zullen moeten worden getoetst op de mate waarin zij bijdragen aan de met het onderhavige wetsvoorstel beoogde verkleining van de premieverschillen op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt, voor zover deze zijn veroorzaakt door verschillen in leeftijdsopbouw van de portefeuilles van de individuele verzekeraars. Hoewel over de definitieve inhoud van de richtlijnen nog overleg gaande is met de Verzekeringkamer, de betrokken ministeries en de organisatie van ziektekostenverzekeraars, zouden naar het oordeel van de ondergetekende uit hoofde van de vereveningsregeling verschuldigde bijdragen primair dienen te worden gefinancierd door middel van premieverhogingen terwijl vereveningsontvangsten dienen te leiden tot premieverlagingen. Van deze algemene regel zou kunnen worden afgeweken in die gevallen waarin naar het oordeel van de Verzekeringkamer sprake is van een onvoldoende vermogenspositie die op korte termijn versterking behoeft. Hierbij dient er evenwel op te worden gewezen dat een directe aanvulling van de vermogenspositie met vereveningsontvangsten weliswaar op korte termijn tot een betere financiële situatie van de betrokken verzekeraar leidt, maar dat op langere termijn bezien de onderneming wellicht meer gebaat is bij een lager (meer concurrerend) premieniveau waardoor een meer structurele bijdrage kan worden geleverd aan de verbetering van de financiële situatie van de betrokken verzekeraar en de marktverhoudingen. Tenslotte wijst de ondergetekende er nog op dat tevens richtlijnen dienen te worden opgesteld ten aanzien van de wijze waarop via de premies per onderneming verschuldigde vereveningsbijdragen ten laste worden gebracht van de diverse leeftijdscategorieën van verzekerden, respectievelijk de wijze waarop de per onderneming te ontvangen vereveningsuitkeringen aan de diverse leeftijdscategorieën van verzekerden ten goede komen. Voorkomen moet worden dat bij bijdrageplichtige verzekeraars eenzijdige afwenteling plaatsvindt op de zwaarste risicogroepen (bij voorbeeld ouderen) of dat ontvangen uitkeringen uitsluitend worden aangewend voor verlaging van de premies voor jongeren. Wat dit betreft gaan de gedachten uit naar het voorschrijven van een verdelingssysteem over alle (basispremies van) contracten,

waarbij de naar verhouding gunstiger risicogroepen zwaarder worden belast, respectievelijk minder worden begunstigd.

Op de vraag van de leden van de fractie van D'66 in welk kader de toestemming voor de particuliere ziektekostenverzekeraars om de premies in 1986 met 2 1/2% te verhogen moet worden geplaats, zij het volgende opgemerkt. Bij brief van 12 juli 1985 heeft Staatssecretaris van Zeil van Economische Zaken aan het KLOZ laten weten bereid te zijn, in afwijking van gangbare systematiek bij de premie-onderhandelingen, in 1986 tevens een globale nacalculatie over 1985 uit te voeren. Het effect op de premie van de in het tweede halfjaar van 1985 ten behoeve van de vrijwillige ziekenfondsverzekering betaalde bedragen (circa 2 1/2% van de geboekte premie) zal daarbij expliciet worden betrokken. Of de premies door particuliere ziektekostenverzekeraars in 1986 ook werkelijk zullen worden verhoogd hangt mede samen met de verwachtingen ten aanzien van de kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg en de bij de individuele ziektekostenverzekeraars beschikbare premieruimte.

De leden van de fractie van P.v.d.A., C.D.A. en D'66 informeerden naar wenselijkheid van vereveningsmaatregelen ten aanzien van verzekeringsinstellingen die zich specifiek richten op de categorie studenten. Zij vroegen zich daarbij af of de ingevolge de wetsvoorstellen ILPZ en MOOZ verschuldigde bijdragen niet zullen leiden tot onevenredig grote premieverhogingen voor studerende. Op dit moment is de omvang van de effecten van de verevening bij gebrek aan voldoende gegevens over met name de uitkomst van interne lastenverevening nog niet vast te stellen. De ondergetekende is evenwel bereid bij de vaststelling van nadere richtlijnen betreffende de door verzekeraars jaarlijks in te dienen plannen de door de Stichting Studenten Gezondheidszorg Ziektekostenverzekering (SSGZ) bij brief van 30 augustus 1985 signaleerde problematiek te betrekken.

Voor wat betreft de vraag van de leden van de D'66-fractie naar de mogelijkheid van toegang van studenten tot de verplichte ziekenfondsverzekering wordt verwezen naar hetgeen te dien aanzien is opgemerkt in de memorie van antwoord bij het voorstel van wet op de toegang tot ziektekostenverzekering.

De invoering van de voorgestelde regeling

Op de vraag van de leden van de P.v.d.A.-fractie naar de achterliggende motieven van het KLOZ om te pleiten voor uitstel van invoering van het wetsvoorstel, kan de ondergetekende slechts antwoorden geen andere motieven te kennen te geven dan die welke in het adres van het KLOZ aan de commissie zijn medegedeeld. Voor de ondergetekende was de gewijzigde stellingname van het KLOZ even verrassend als voor genoemde leden. Hierbij zij, in antwoord op vragen van deze leden en die van de fractie van C.D.A., V.V.D. en D'66, het volgende opgemerkt. Naar de mening van de ondergetekende zijn op dit moment geen termen aanwezig voor een dergelijk uitstel, aangezien de overwegingen die ten grondslag lagen aan de indiening van het wetsvoorstel, te weten de ongelijke verdeling van vergrijzingslasten over particuliere ziektekostenverzekeraars met als gevolg een vergroot insolventierisico en grote premiedifferentiaties, nog onverminderd gelden. Uitstel van de invoering van het onderhavige wetsvoorstel met bij voorbeeld 1 jaar zou betekenen dat eerst in 1988 daadwerkelijk vereveningsgeldstromen tussen verzekeraars op gang worden gebracht. Uitstel met een aantal jaren, zoals van de zijde van het KLOZ is geopperd, acht de ondergetekende om bovengenoemde redenen en wegens de samenhang met het voorstel van wet MOOZ en het voorstel van wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen dan ook ongewenst.

De leden van de P.v.d.A.-fractie vroegen of, vooruitlopend op de behandeling van het wetsvoorstel in de beide Kamers van de Staten-Generaal, al op 6 november 1984 aan de verzekeraars verplichtingen zijn opgelegd.

Deze vraag dient ontkennend te worden beantwoord. Teneinde te voorkomen dat verzekeraars na inwerkingtreding van de wet de voor de uitvoering van de vereveningsregeling vereiste gegevens slechts met veel moeite en kosten zouden kunnen verstrekken is door de circulaire van de Verzekeringskamer tijdig informatie gegeven omtrent de gegevens die aan het uitvoeringsorgaan zullen moeten worden verstrekt. Verzekeraars zijn hierdoor in de gelegenheid gesteld tijdig hun administratie aan te passen. Naar aanleiding van de desbetreffende vraag van deze leden wordt de genoemde circulaire als bijlage bij deze memorie van antwoorden overgelegd.¹

De leden van de C.D.A.-fractie informeerden voorts naar de registratie van de gegevens die voor de uitvoering van de interne lastenverevening noodzakelijk zijn. Op dit moment bestaat nog geen volledig zicht op de mate waarin de administratie van verzekeraars in verband met de registratie van bedoelde gegevens zijn aangepast. Uit het grote aantal verzoeken van verzekeraars dat zowel bij de Verzekeringskamer als bij het KLOZ is ontvangen om nadere inlichtingen omtrent de invulling van de concept-modelstaten, leidt de ondergetekende af dat verzekeraars druk doende zijn hun administratie aan te passen, zodat de voor de uitvoering van de interne lastenvereveningsregeling benodigde gegevens tijdig ter beschikking van het uitvoeringsorgaan zullen worden gesteld.

Artikelen

Artikel 1

Voor de beantwoording van de vraag van de C.D.A.-fractieleiden over het in het voorstel van wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen nieuw voorgestelde artikel 42, zevende lid, van de Ziekenfondswet, waardoor ziekenfondsen via de aanvullende verzekeringen zich met name op het terrein van de reisverzekeringen kunnen bewegen, zij verwezen naar paragraaf 3.6 van de memorie van antwoord bij dat betreffende wetsvoorstel.

Artikel 3

Op de vraag van de leden van de P.v.d.A.-fractie hoe hoog het maximale premiebedrag zal zijn ter afgrenzing van het begrip aanvullende verzekering deelt de ondergetekende mede dat de gedachten vooralsnog uitgaan naar een bedrag van f 200 per polis per jaar. Het begrip aanvullende verzekering zal wellicht in de loop der tijd bijstelling behoeven. In antwoord op een desbetreffende vraag van de leden van de C.D.A.-fractie zij er op gewezen dat deze eventuele noodzaak tot bijstelling er de reden van is dat de bevoegdheid wordt voorgesteld om bij koninklijk besluit te bepalen wat onder «overeenkomsten van aanvullende ziektekostenverzekering» moet worden verstaan.

Artikel 7 en 8

Naar aanleiding van de door de leden van de C.D.A.-fractie gestelde vraag omtrent de statuten van het uitvoeringsorgaan kan worden medegedeeld dat, na afronding van het overleg daarover tussen het Ministerie van Financiën en het KLOZ, de Stichting uitvoering interne lastenverevening particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf op 19 juli 1985 ten overstaan van een notaris is opgericht.

Inmiddels is reeds een begin gemaakt met voorbereidende werkzaamheden, opdat het uitvoeringsorgaan tijdig de opgelegde taken zal kunnen uitoefenen.

¹ Ter inzage gelegd op de bibliotheek.

Artikel 9

Op de vraag van de leden van de C.D.A.-fractie om nadere informatie over de omvang en samenstelling van het uitvoeringsorgaan kan worden medegedeeld dat het bestuur van de Stichting uitvoering interne lastenverevening particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf bestaat uit vijf leden. De door het bestuur uit zijn midden te benoemen voorzitter mag op generlei wijze verbonden zijn met het verzekeringsbedrijf. De vraag van deze leden of sprake is van een bindende voordracht door de representatieve organisaties van verzekeraars kan ontkennend worden beantwoord. Indien de Minister van Financiën van mening is dat een voorgedragen persoon niet voor benoeming in aanmerking dient te komen, zal hij de betrokken representatieve organisatie verzoeken een ander persoon voor te dragen. Voor een benoeming van twee jaar is gekozen omdat een dergelijke termijn voor functies als hier bedoeld gebruikelijk is en daarmee goede ervaring is opgedaan.

Artikel 14

In antwoord op de vraag van de leden van de C.D.A.-fractie om een nadere uiteenzetting over de werking van artikel 14, derde lid, moge het volgende dienen. In die gevallen waarin op grond van de in artikel 4 van het wetsvoorstel vastgelegde vereveningsregeling de verschuldigde bijdragen de te ontvangen uitkeringen zouden overtreffen worden de individuele bijdragen zodanig naar evenredigheid verminderd dat de totale uitkeringen en de totale bijdragen aan elkaar gelijk worden. Evenzo worden indien de totaal te ontvangen uitkeringen de totaal verschuldigde bijdragen zouden overtreffen, de individuele uitkeringen naar evenredigheid verminderd tot het niveau waarop de totale uitkeringen en bijdragen aan elkaar gelijk zijn.

Artikelen 15 en 16

De leden van de C.D.A.-fractie vroegen of voldoende inzicht bestaat in de kosten die verzekeraars moeten maken voor de aanpassing van hun administratie. Het antwoord op deze vraag luidt dat een dergelijk inzicht, gezien het grote aantal verzekeraars met ieder hun specifieke kenmerken en inrichting van de administratie, op dit moment niet bestaat. Zoals overigens reeds in de memorie van toelichting is opgemerkt mag, gelet op de hoge mate van automatisering in de verzekeringssector, worden aangenomen dat deze kosten betrekkelijk gering zijn. Hierbij dient tevens te worden overwogen dat de gegevens die moeten worden verstrekt behoren tot die bedrijfsgegevens die voor het voeren van een goed beleid noodzakelijk zijn.

Voor de beantwoording van de vraag van deze leden of de aanpassing van de administraties tijdig gereed zal zijn wordt verwezen naar het antwoord op een overeenkomstige vraag van deze leden onder het kopje «De invoering van de voorgestelde regeling».

Artikel 18

De leden van de P.v.d.A.-fractie hebben er terecht op gewezen dat in de toelichting op artikel 18 een misstelling is geslopen. Aan het slot van de laatste volzin dient voor de formulering «in overleg met» te worden gelezen «in overeenstemming met».

Artikel 19

De leden van de C.D.A.-fractie vroegen zich af of de formulering van artikel 19, eerste lid, een toereikende regeling biedt voor beroep van

verzekeraars die bezwaren hebben tegen de vaststelling van een vereveningsbijdrage door het uitvoeringsorgaan. De ondergetekende kan op dit punt slechts herhalen wat in de memorie van toelichting dienaangaande is opgemerkt, nl. dat de vaststelling van de in artikel 14, eerste lid, bedoelde bijdrage of uitkering door het uitvoeringsorgaan naar zijn mening als een beschikking moet worden aangemerkt waartegen beroep kan worden ingesteld bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven. Daarmee is naar zijn opvatting een afdoende waarborg geboden.

Op de vraag van deze leden op welke wijze de medewetgeving bij de evaluatie van deze wettelijke regeling wordt betrokken deelt de ondergetekende mee dat de verantwoordelijke bewindspersoon over deze evaluatie en het naar aanleiding daarvan gevormde beleid uiteraard door het parlement kan worden aangesproken.

De Minister van Financiën, a.i.
G. M. V. van Aardenne