

Vergaderjaar 2009–2010

32 154

Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet toelating zorginstellingen in verband met het regelen van de voorwaarden voor aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de financiering van deze aanspraken (Wet AWBZ-zorg buitenland)

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 18 februari 2010

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag naar aanleiding van het voorstel van wet tot Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet toelating Zorginstellingen in verband met het regelen van de voorwaarden voor aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de financiering van deze aanspraken (Wet AWBZ-zorg buitenland).

Ik constateer met genoeg brede steun voor de strekking van het voorstel. Met de leden van uw Kamer ben ik van mening dat de voor een houdbare sociale verzekering vereiste solidariteit die van de Nederlandse samenleving wordt verwacht, met zich meebrengt dat de schaarse AWBZ-middelen primair dienen te worden aangewend voor zorgverlening in Nederland en niet in het buitenland.

In dit wetsvoorstel en de bijbehorende nadere regelgeving wordt dan ook in de eerste plaats geregeld dat de mogelijkheden voor zorgverlening in het buitenland ten laste van de AWBZ aanzienlijk worden beperkt ten opzichte van de huidige mogelijkheden. Geregeld wordt dat contracteren van AWBZ-zorg uitsluitend nog kan plaatsvinden in Nederland en de andere tot de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte behorende landen¹ die, op grond van Europese regelgeving, in dit opzicht met Nederland gelijk zijn gesteld. Uitgangspunt is dat verzekerden uitsluitend bij zulke gecontracteerde zorgverleners zorg kunnen krijgen.

Op dit uitgangspunt bestaan de volgende uitzonderingen:

- a. Op grond van Europese regelgeving kan extramurale zorg binnen de gehele EU/EER bij iedere zorgaanbieder worden ingeroepen, ook als die niet is gecontracteerd (conform huidige situatie).
- b. Indien de noodzakelijke zorg in Nederland, gelet op de gezondheidssituatie van een verzekerde, niet tijdig kan worden geleverd, kan een verzekerde, met toestemming van zijn zorgverzekeraar, die zorg elders bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder waar ook ter wereld, inroepen, tot maximaal een jaar (thans geen beperking in de toestemmingsgronden).
- c. Indien een AWBZ-verzekerde in het buitenland verblijft in verband met zijn werkzaamheden hebben hij en zijn gezinsleden recht op vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ (conform huidige situatie).
- d. Indien iemand die al een AWBZ-indicatie heeft op vakantie gaat naar

¹ Dit zijn Noorwegen, IJsland, Liechtenstein en Zwitserland. Hierna wordt «EU/EER» gebruikt.

- het buitenland, heeft hij recht op vergoeding ten laste van de AWBZ, gedurende een beperkte periode (beperking van de periode).
- e. Indien iemand al in het buitenland verblijft en daar de behoefte aan AWBZ-zorg ontstaat heeft hij recht op zorg of een vergoeding voor de kosten daarvan ten laste van de AWBZ, gedurende een beperkte periode (beperking van de periode).

Daarnaast worden de financiële consequenties van zorgverlening in het buitenland zichtbaar gemaakt. Dat wordt gedaan doordat de kosten die individuele zorgverzekeraars maken voor zorg in het buitenland in mindering wordt gebracht op de contracteerruimte van de zorgkantoren.

Hieronder ga ik over tot beantwoording van de door uw Kamer gestelde vragen. Bij de beantwoording van de vragen is zoveel mogelijk aangesloten bij de volgorde van het verslag.

1. Noodzaak van de maatregelen

Financieringsaspecten

De leden van de CDA-fractie geven aan de doelstelling van de regering om te komen tot een inzichtelijke kostenstroom en beheersing van de kosten van AWBZ-zorg in het buitenland te delen, maar hebben wel zorgen of dit voorstel voldoende ver gaat om deze doelstelling te realiseren. Genoemde leden zijn van mening dat AWBZ-zorg in principe in Nederland dient te worden afgenomen, om zo het draagvlak voor de AWBZ-zorg en -premie te behouden. Zij menen dat dit draagvlak onder druk komt als te gemakkelijk AWBZ-zorg in het buitenland wordt vergoed. De leden van de CDA-fractie vragen waarom er zo weinig registratie is van in het buitenland aangeboden zorg. Zij vragen de regering om een nadere toelichting daarvan. Voorts vragen deze leden of en hoe de afbakening van de AWBZ-zorg ten opzichte van de curatieve zorg in het buitenland is te maken.

Vooreerst merk ik op dat ik het volledig eens ben met de door deze leden geuite zorg dat het draagvlak onder druk komt te staan als te makkelijk AWBZ-geld naar het buitenland kan wegvloeien. Wat betreft de registratie van de daarmee gemoeide kosten merk ik het volgende op. Zorgverzekeraars declareren de kosten van in het buitenland genoten AWBZ-zorg bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De verzekerde, de zorgaanbieder en de geleverde zorg zijn vanzelfsprekend bekend bij de verzekeraar. Deze gegevens worden evenwel niet vermeld aan het CVZ bij declaratie ten laste van het AFBZ. Het CVZ treedt in deze op als kassier en voor uitbetaling aan de zorgverzekeraar zijn deze gegevens voor het CVZ niet van belang. Of de uitgaven aan de verzekerde rechtmatig zijn, wordt primair beoordeeld door de zorgverzekeraar. Uiteindelijk houdt de NZa daar toezicht op.

Voor wat betreft de afbakening tussen AWBZ-zorg en curatieve zorg, merk ik op dat de zorgverzekeraar bij wie de verzekerde een zorgverzekering heeft gesloten ook verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ voor die verzekerde. Bij die afbakening dienen twee situaties te worden onderscheiden. De eerste betreft die waarin de AWBZ-verzekerde aan zijn zorgverzekeraar toestemming vraagt om bepaalde zorg in het buitenland te mogen inroepen. In dat geval is duidelijk om welke zorg het gaat. Dat is anders in gevallen waarin tijdens verblijf in het buitenland onvoorzien zorg nodig wordt. In die gevallen moet de zorgverzekeraar bepalen of de zorg die in het buitenland is genoten ten laste kan worden gebracht van de Zvw respectievelijk de AWBZ. De zorgomschrijving van de verzekeringsaanspraken zoals die in deze wetten zijn voorzien, zijn daarvoor leidend.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts of de door de regering gekozen manier van financiering van buitenlandse AWBZ-zorg, waarbij de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland binnen de aan de zorgkantoren toe te kennen budgetten worden gebracht en daarmee onderdeel uitmaken van de totale binnenlandse contracteerruimte, voldoende recht doet aan de geconstateerde problematiek. Zij vragen waarom de regering geen andere maatregel voorstelt die de doelstelling wel kan realiseren. Ook de leden van de PvdA-fractie en de VVD-fractie stellen een dergelijke vraag.

Momenteel beraad ik mij op de door uw Kamer gesuggereerde andere maatregelen in het kader van de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars. Zoals ik heb geschetst in de brief 21 december 2009¹ ben ik over de mogelijkheden om de financiële beheersbaarheid te handhaven bij een uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars in gesprek met verschillende partijen. Gelet hierop wil ik bij gelegenheid van het voorliggende wetsvoorstel niet vooruit lopen op nadere besluitvorming inzake toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts of de regering heeft overwogen een specifiek zorgkantoor voor het buitenland in te richten. De leden van de CDA-fractie zien grote efficiencyvoordelen wanneer andere zorgkantoren zich niet op de hoogte hoeven te houden van de complexe buitenlandse regelingen.

De AWBZ wordt volgens de letter van de wet uitgevoerd door zorgverzekeraars. In de praktijk vindt de uitvoering plaats door zorgkantoren op basis van een machtiging van de zorgverzekeraars. Voor de inrichting van een volledig bevoegd zorgkantoor voor het buitenland is eveneens een voordracht van de gezamenlijke zorgverzekeraars noodzakelijk. Voor de uitvoering van de kosten bij wonen en tijdelijk verblijf in het buitenland hebben de AWBZ-verzekeraars geen mandaat en volmacht aan de concessiehouders (zorgkantoren) verleend.

Deze leden geven voorts aan bij de inrichting van een zorgkantoor ten behoeve van het buitenland een parallel te zien met de Zvw, waarbij, zo menen zij, het College voor Zorgverzekeringen de curatieve zorg in het buitenland inkoop.

Het komt mij voor dat er sprake is van een misverstand wanneer zou worden verondersteld dat het CVZ in het buitenland zorg inkoop voor de in Nederland geregistreerde verdragsgerechtigden. Ik breng uw Kamer in herinnering dat het bij de uitvoering van de Zvw gaat om taken die het CVZ uitvoert in het licht van de internationale sociale zekerheidsregelingen waarbij Nederland partij is. Het CVZ verzorgt de aanmelding en registratie van in het andere land wonende gezinsleden van verzekerden en van rechthebbenden op een pensioen en hun gezinsleden, verreken de kosten met het andere land en stelt de verschuldigde verdragsbijdrage vast en vordert deze in. De genoemde regelingen voorzien in de wederzijdse verlening van medische zorg aan verzekerden en hun gezinsleden en aan rechthebbenden op een pensioen en hun gezinsleden. De zorg wordt verleend in de omvang en onder de voorwaarden die daartoe zijn gesteld in de wetgeving van het zorgverlenende land, alsof de betrokkene in dat land verzekerd is. Enerzijds gaat het om zorg voor in het buitenland wonende Nederlandse verdragsgerechtigden. Voor die categorie wordt de zorg ingekocht door het buitenlandse verzekeringsorgaan. De kosten daarvan worden ten laste gebracht van het Nederlandse Zorgverzekeringsfonds. In de situatie waarbij buitenlandse verdragsgerechtigden in Nederland wonen wordt de zorginkoop verzorgd door respectievelijk CZ (bij wonen) en Agis (bij tijdelijk verblijf). Het is dus niet zo dat er een

¹ Z/VU-2976831 inzake de stand van zaken voorbereiding besluitvorming uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars.

Nederlands verzekeringsorgaan is met een speciale zorginkooptaak in het buitenland.

De leden van de CDA-fractie merken op er begrip voor te hebben dat betrokkenheid van de Kamer bij het vaststellen van het budget van AWBZ-zorg in het buitenland in de voorgestelde constructie niet vooraf mogelijk is. Zij vragen wel verantwoording achteraf. Ook de leden van de VVD-fractie hebben aangegeven er moeite mee te hebben dat de financieringsmaatregelen niet aan parlementaire beoordeling zullen zijn onderworpen. Zij vragen welk probleem er wordt opgelost als de regeling als wet wordt vastgelegd. Voorts vragen zij waarom niet gewacht wordt tot er duidelijkheid is of de zorgverzekeraars de AWBZ gaan uitvoeren voor hun verzekerden, omdat dit probleem dan al opgelost zou zijn. De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering een wetswijziging op dit moment nog niet opportuun acht.

Ik interpreteer de vraag van de leden van de VVD-fractie welk probleem wordt opgelost met een wettelijke regeling aldus, dat deze leden zich afvragen of een eventueel probleem van onvoldoende parlementaire betrokkenheid zou kunnen worden opgelost door deze materie in de wet te regelen.

Naar mijn mening is een goede oplossing gevonden door een en ander via de Aanwijzing contracteerruimte AWBZ 2010 te laten verlopen. Dit is uw Kamer op 14 september 2009 medegedeeld¹. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzicht in de kosten van AWBZ-zorg in het buitenland over het jaar 2010 zodat in een volgend jaar de contracteerruimte binnenland kan worden aangepast. Een dergelijke bijstelling van de kosten van AWBZ-zorg wordt aan uw Kamer gemeld, omdat deze mutatie expliciet in een aanwijzing contracteerruimte aan de NZa wordt opgenomen. Omdat de zakelijke inhoud van een voorgenomen aanwijzing aan de NZa conform artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg, altijd gedurende dertig dagen bij beide Kamers der Staten-Generaal moet worden voorgehangen, is parlementaire betrokkenheid zekergesteld.

Een wijziging van de AWBZ op het punt van de financieringsstructuur is thans niet aan de orde omdat op dit moment de toekomst van de AWBZ en de uitvoering van de AWBZ door zorgverzekeraars in plaats van door zorgkantoren, nog een onderwerp is dat volop in discussie is. Ik zal hierover uiterlijk op 1 april 2010 een besluit nemen.

In het geval van een positieve beslissing zal geruime tijd gemoeid zijn met het redigeren van een daartoe strekkend wetsvoorstel en de behandeling ervan.

Juist omdat het bij dit wetsvoorstel gaat om besteding van publieke middelen acht ik het niet juist te wachten op mogelijke en thans nog onzekere toekomstige wijzigingen van de AWBZ, maar wens ik met het onderhavige wetsvoorstel een bijdrage te leveren aan kostenbeteugelende maatregelen.

De leden van de CDA-fractie wijzen erop dat men in Nederland een eigen bijdrage moet betalen voor AWBZ-zorg. Zij vragen hoe de eigen bijdrage voor de in het buitenland genoten zorg wordt bepaald en geïnd. Ook de leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de eigenbijdragesystematiek is geregeld voor cliënten die AWBZ-zorg in het buitenland genieten.

In het geval de regelgeving voorziet in een eigen betaling voor bepaalde zorganspraken, is deze ook verschuldigd voor zorg die in het buitenland door AWBZ-verzekerden is ingeroepen. De eigen bijdrage wordt met toepassing van het Bijdragebesluit zorg en de Bijdrageregeling zorg vast-

¹ Kamerstukken II, 2008/09, 30 597, nr. 105, blz. 3.

gesteld door het CAK. In afwijking van het Bijdragebesluit zorg wordt die bijdrage niet afgedragen aan het CAK, maar wordt deze door de zorgverzekeraar in mindering gebracht op de vergoeding. Daartoe worden het Administratiebesluit BZ en het Bijdragebesluit Zorg aangepast. In het geval zorg wordt ingeroepen op grond van een internationale socialezekerheidsregeling geldt een eventuele eigenbijdrageregeling krachtens de wetgeving van het land waar die zorg wordt ingeroepen.

De leden van de CDA-fractie merken voorts op dat in de brief over de contracteerruimte AWBZ 2010 van 14 september 2009 staat, dat de voorgestelde wijziging in de financiering al wordt verwerkt in de contracteerruimte voor 2010. Zij vragen of de regering het nu nog verantwoord acht om de voorgestelde wijziging in de financiering te verwerken in de contracteerruimte voor 2010.

Ik acht de verwerkingstermijn niet te kort en ook de NZa vindt de wijziging uitvoerbaar. Dit is ook begrijpelijk. Het bedrag AWBZ-zorg in het buitenland is immers toegevoegd aan de contracteerruimte, waardoor de hoogte van de contracteerruimte 2010 voor het binnenland niet is veranderd.

De leden van de CDA-fractie memoreren dat in 2007 door hen is gevraagd naar informatie over de handhaving bij onjuist declareren en uitgebreidere zorg dan noodzakelijk is¹. Deze leden vragen of in de afgelopen jaren die situatie veranderd is en of er meer door de zorgverzekeraars is gehandhaafd.

Indertijd is geantwoord² dat er een onderzoek was uitgevoerd door de meest betrokken zorgverzekeraar. Daaruit bleek dat er sprake was van onjuist declareren en het verlenen van uitgebreidere zorg dan noodzakelijk. Het rapport gaf verder aan dat deze signalen serieus zijn genomen maar dat het in de praktijk uitermate lastig bleek verschrijving en fraude te bewijzen. Naar aanleiding van deze signalen en de bij VWS bestaande bezorgdheid hierover heeft het CVZ de uitvoeringsorganisatie dringend verzocht het nodige te doen om de regelgeving strikt na te leven. Bij hulp in bijzondere omstandigheden gaat het om AWBZ-zorg die Nederlanders gedurende korte tijd in het buitenland genieten, bijvoorbeeld tijdens een vakantie. De uitvoering hiervan wordt door alle AWBZ-verzekeraars gedaan. In 2008 is hiermee een bedrag van circa € 3 miljoen gemoeid.

Daarnaast kan het gaan om AWBZ-zorg verleend aan mensen in het buitenland die deze zorg ook al voor 1 januari 2006 genoten. Het gaat dan om zorg ingevolge een overgangsregeling voor gepensioneerden in voornamelijk Spanje en Portugal.

De overgangsregeling wordt uitgevoerd in opdracht van het CVZ door Agis Zorgverzekeringen N.V. In dat kader controleert Agis de declaraties en rapporteert hierover aan het CVZ. In 2008 was hiermee een bedrag van circa € 10 miljoen³ gemoeid. De NZa houdt toezicht op deze uitgaven. In 2007 en 2008 zijn geen onrechtmatige ontvangsten en uitgaven geconstateerd.

De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre dit wetsvoorstel bijdraagt aan een betere handhaafbaarheid.

In het wetsvoorstel zijn de thans in artikel 10 en 11 van de AWBZ opgenomen regels, die in lagere regelgeving tot uitdrukking werden gebracht in aanspraken, op een duidelijke en inzichtelijke manier in artikel 10 opgenomen. Thans zijn de aanspraken voor AWBZ-zorg geregeld in diverse lagere regelingen, te weten het Besluit zorgaanspraken AWBZ, de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de Regeling hulp in bijzondere omstandig-

¹ Kamerstukken II, 2007/08, 30 597, nr. 13.

² Kamerstukken II, 2007/08, 30 597, nr. 13, p. 14.

³ Gegevens afkomstig van de NZa.

heden AWBZ van CVZ. In deze regelingen worden nadere regels gesteld met betrekking tot de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat, waaronder de aanspraken op zorg in het buitenland.

Deze nadere regels worden in verband met dit wetsvoorstel voor een deel opnieuw geformuleerd. Voorts wordt aan de versnipperde regeling van de zorgaanspraken en de vergoeding van kosten daarvan in binnen- en buitenland transparanter vorm gegeven, waardoor ook minder sprake zal zijn van bijkomende interpretatievraagstukken. Daarnaast wordt de huidige wijze van het vaststellen van de hoogte van de vergoeding, thans geregeld in de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ van het CVZ, vereenvoudigd. Dit alles draagt bij aan een betere handhaafbaarheid: voor zowel de uitvoerende instanties als voor degene die aanspraken maakt op zorg, is eenduidig en helder geregeld welke aanspraken er zijn en onder welke omstandigheden die kunnen worden verkregen.

Aan de NZa heb ik gevraagd om bij het toezicht dat deze ingevolge de wet moet uitoefenen op de doelmatige en rechtmatige uitvoering van de regelgeving, na de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel extra aandacht te geven aan de normen waarbinnen het geoorloofd is om AWBZ-zorg in het buitenland in te roepen, zoals het toestemmingsbeleid van de zorgverzekeraar bij (intramurale) zorg in het buitenland en de controle op het (voort)bestaan van AWBZ-verzekering bij (verzoeken om vergoeding van kosten van) AWBZ-zorg in het buitenland.

De leden van de VVD-fractie constateren dat er zo'n € 84 miljoen wordt uitgegeven aan AWBZ-zorg in het buitenland (uitgaven 2007). Zij vinden dit een fors bedrag. Door het aanscherpen van de aanspraken verwacht de regering hier een gedeelte van te besparen. Iets verderop in de memorie van toelichting wordt een kostenniveau genoemd van € 18 miljoen. Deze leden vragen om een toelichting hierop.

In de toelichting op het wetsvoorstel is in de tabel op pagina 3 aangegeven dat zorgverzekeraars aan AWBZ-verzekerden voor genoten zorg in het buitenland ten laste van de AWBZ in 2006 – wereldwijd – een bedrag van € 19,9 miljoen en in 2007 een bedrag van € 18,4 miljoen hebben vergoed. Van deze bedragen betreft respectievelijk € 6,7 miljoen en € 7,4 miljoen kosten bij tijdelijk verblijf. De uitgaven ten behoeve van mensen die in het buitenland wonen, zo is aangegeven in de tabel, vloeien voornamelijk voort uit de overgangsregeling die voor in het buitenland wonende rechthebbenden op Nederlandse pensioenen per 1 januari 2006 is getroffen bij de beëindiging van de verplichte en de vrijwillige AWBZ-verzekering voor die categorie van personen.

De financiering van zorg in het buitenland op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening en internationale verdragen (het gaat daarbij om verdragsgerechtigden en *niet* om AWBZ-verzekerden) wordt niet afzonderlijk geregistreerd en – behoudens voor grensarbeiders en hun gezinsleden – toegerekend aan het Zorgverzekeringsfonds. Het gaat om zorg die is voorzien in het verstrekkingenpakket van het woonland. Voor een deel kan dat gaan om zorg die in Nederland als AWBZ-aanspraak is geformuleerd. Voor deze categorieën verdragsgerechtigden wordt een forfaitair bedrag van circa € 65 miljoen als AWBZ-kosten toegerekend aan het AFBZ. Aldus komen de totale kosten voor in het buitenland geleverde zorg die ten laste van de AWBZ wordt gebracht op een totaal van circa € 84 miljoen uit.

Aanspraken

De leden van de CDA-fractie merken op dat in het onderhavige wetsvoorstel de definitie van het instellingsbegrip voor buitenlandse instellingen in

de AWBZ wordt verruimd tot instellingen die op grond van de wetgeving in het land waar de instelling gevestigd is rechtmatig gezondheidszorg verstrekken.

De leden van de CDA-fractie constateren dat deze zorgaanbieders zich niet aan de Nederlandse regels hoeven te houden. Zij vragen hoe dan nog de rechtmatigheid, kwaliteit en transparantie van zorg gewaarborgd blijven. Deze leden geven aan te hechten aan borging van rechtmatigheid, kwaliteit en transparantie van de zorg, ook in het buitenland. Zij merken voorts op dat het instellingsbegrip wordt verruimd op basis van uitspraken van het Europese Hof en vragen of de regering daarin niet te ruimhartig is.

Ik deel de gevoelens van de leden van de CDA-fractie met betrekking tot de borging van goede en rechtmatige zorg in het buitenland. Het Europese recht staat er echter aan in de weg dat een lidstaat regels stelt aan de zorgverlening die wordt verleend door in een andere lidstaat gevestigde instellingen. Het stellen van eisen aan rechtmatigheid, kwaliteit en transparantie van zorg is een verantwoordelijkheid van de overheid van het desbetreffende land. De andere lidstaten moeten zich verlaten op de regelgeving van de lidstaten op dat terrein.

Ook met de in dit wetsvoorstel gekozen definitie van het instellingsbegrip wordt rekening gehouden met de Europeesrechtelijke vrijverkeersbepalingen, waarmee, krachtens vaste jurisprudentie, de lidstaten bij de inrichting van hun sociale zekerheidsstelsels rekening moeten houden. Voor de definitie is aansluiting gezocht bij het voorstel van de Europese Raad voor de Patiëntenrichtlijn grensoverschrijdende zorg¹. In deze richtlijn is opgenomen dat het land waar de behandeling plaatsvindt er voor verantwoordelijk is dat gezondheidszorg wordt verleend die voldoet aan de in dat land gestelde eisen van veiligheid en kwaliteit. Dat is niet nieuw: ook in de Richtlijn betreffende de erkenning van beroepskwalificaties² is dat beginsel opgenomen.

Buiten de lidstaten van de EU/EER heeft de Patiëntenrichtlijn, indien deze wordt aanvaard, geen gelding. Ook hier geldt dat het gaat om in het buitenland gevestigde instellingen waar Nederland niet zomaar zijn eigen wettelijke kwaliteitseisen kan opleggen. Wel dient de verzekeraar alvorens over te gaan tot vergoeding van de kosten zich ervan te vergewissen dat de zorg is verleend door een instelling in de zin van het wetsvoorstel: een rechtspersoon die overeenkomstig de wetgeving van het land van vestiging rechtmatig gezondheidszorg verleent.

De leden van de CDA-fractie maken zich zorgen dat, bijvoorbeeld als gevolg van die verruiming van het instellingsbegrip, zorgmiddelen wegglekken naar buitenlandse privé-instellingen. Deze leden verwijzen naar de memorie van toelichting waarin de regering stelt dat «het gegeven dat in Nederland geen AWBZ-zorg door privé-instellingen wordt verleend (hiermee is bedoeld een analogie te trekken met de privé-klinieken in de cure-sector), kan mogelijk niet als rechtvaardigingsgrond gelden om zorgverlening door privé-instellingen buiten Nederland te verhinderen». Deze leden vragen de regering uiteen te zetten waarom zij toch geen poging doet om de aanspraak niet van toepassing te laten zijn op privé-instellingen.

Ik begrijp de zorgen van deze leden. Voor wat betreft de vergoeding van kosten van zorg verleend door privé-klinieken is in het wetsvoorstel rekening gehouden met het oordeel van het Europese Hof van Justitie in de zaken Stamatalaki en Watts. Het Hof heeft daarbij geoordeeld dat de toepassing van artikel 49 EG-verdrag betekent dat een lidstaat niet de vergoeding van zorg die in een andere lidstaat is verleend mag weigeren uitsluitend op grond van de overweging dat die zorg door een privé-instelling is verleend, ook al kent dat land zelf die beperking wel. De juridi-

¹ Voorstel voor een richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (COM(2008)414) van 2 juli 2008.

² Richtlijn 2005/36/EG, Pb EG L 255/22 van 30 september 2005.

sche dienst van de Europese Commissie heeft in relatie tot de Patiëntenrichtlijn grensoverschrijdende zorg deze redenering overgenomen. Een poging om een dergelijke beperking in de Nederlandse wetgeving toch te regelen is daarom Europeesrechtelijk waarschijnlijk niet houdbaar.

De leden van de CDA-fractie hebben reeds in 2007 gevraagd of er binnen Europa andere lidstaten zijn die vergelijkbare beleidslijnen hanteren¹. Daarbij is toen aangegeven dat een vergelijkbare pgb-regeling bestaat in Luxemburg, Duitsland en Oostenrijk. Deze leden vragen hoe dit elders in Europa geregeld is. Zij vragen ook of andere lidstaten stringentere regimes en beperktere aanspraken kennen in het vergoeden van langdurige (AWBZ-)zorg in het buitenland.

Naar aanleiding van mijn brief van 24 mei 2007 inzake de mogelijkheden van het verlenen van zorg ingevolge de AWBZ in het buitenland² hebben de leden van de CDA-fractie gevraagd of er binnen Europa andere lidstaten zijn die een vergelijkbare beleidsterrein hanteren, waarbij hun ingezetenen op een zelfde wijze een beroep kunnen doen op de in hun thuisland verzekerde zorg als zij in een ander Europees land verblijven. Destijds heb ik al aangegeven³ dat er een beperkt aantal lidstaten is – Luxemburg, Duitsland en Oostenrijk – die de met de AWBZ vergelijkbare langdurige zorg ook in een (afzonderlijke) sociale verzekering hebben geregeld. Deze landen geven de verzekerden, afhankelijk van de zwaarte van de zorgbehoefte, een uitkering waarmee zij de zorg zelf moeten inkopen, vergelijkbaar met het Nederlandse persoonsgebonden budget. Bij zwaardere zorgbehoefte wordt de zorg in natura verstrekt. Deze wijze van de verstrekking van zorg is niet vergelijkbaar met het uitgangspunt van de AWBZ, namelijk dat de zorg volgens het wettelijk systeem van de AWBZ, in beginsel in natura wordt geleverd. (Dit laat onverlet dat de verzekerde na indicatie voor een deel van de aanspraken een keuze heeft tussen zorg in natura of een pgb). Verder zijn er lidstaten die de langdurige zorg hebben geïntegreerd in de sociale bijstandstelsels of in de sociale ziektekostenverzekering voor curatieve zorg. Andere modaliteiten in Europa zijn het onderbrengen van de organisatie van langdurige zorg bij de gemeenten of het voorzien in de zorgbehoefte door de familie, ondersteund met overheidssubsidies. De meeste lidstaten⁴ beperken de verlening van langdurige zorg tot het eigen grondgebied. Landen als Duitsland en Oostenrijk kennen naast de zorgverlening in natura ook de aanspraak op een zorguitkering (het «Pflegegeld»). Deze wordt naar de andere lidstaten van de EU/EER en Zwitserland geëxporteerd omdat zij hiertoe gehouden zijn op grond van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie. Het Hof heeft die zorguitkering, gelet op de specifieke kenmerken daarvan, aangemerkt als een verplicht te exporteren uitkering bij ziekte in de zin van de Europese socialezekerheidsverordening.

De leden van de CDA-fractie memoreren dat men in 2007 werd geconfronteerd met berichten dat zorgverleners hun cliënten nareisden naar het buitenland. De leden van de CDA-fractie vragen in hoeverre en in welke mate dit, zeker in vergelijking met 2007, nog voorkomt.

Mij zijn geen gegevens bekend dat dit nog voorkomt. Sedert 23 maart 2005 is in artikel 7a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ⁵ geregeld dat de verzekerde geen aanspraak heeft op zorg als bedoeld in de artikelen 4 tot en met 8 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten Nederland, voor zover deze door een in Nederland toegelaten instelling wordt verleend. Deze bepaling blijft gehandhaafd.

De leden van de CDA-fractie hechten eraan duidelijk te stellen dat zij ontwikkelingen als het nareizen ongewenst vinden, evenals het starten

¹ Kamerstukken II, 2007/08, 30 597, nr. 13.

² Kamerstukken II 2007/08, 30 597, nr. 8.

³ Kamerstukken II 2007/08, 30 597, nr. 13.

⁴ Recentelijk is informatie verstrekt door Frankrijk, Ierland, Oostenrijk, Malta, Luxemburg, Zwitserland, Duitsland, Portugal, Liechtenstein en Slowakije.

⁵ Stcrt. 2005, 56

van een nevenvestiging aan bijvoorbeeld de Spaanse Costa del Sol. Zij achten dit desastreuus voor het draagvlak van de AWBZ-zorg. Deze leden vragen de regering uiteen te zetten in hoeverre het onderhavige wetsvoorstel deze praktijken tegen gaat.

Ik stel met genoeg vast dat ook deze leden uitwassen van het vergoeden van kosten van AWBZ-zorg in het buitenland ongewenst vinden. Daarom is ook het uitgangspunt van het wetsvoorstel dat AWBZ-zorg in Nederland wordt verstrekt. Contracteren met een buitenlandse instelling wordt zoveel mogelijk beperkt en de duur daarvan is afhankelijk van het voortbestaan van de AWBZ-verzekering buiten Nederland. Op grond van Europese regelgeving mag geen beperking in het contracteren worden opgelegd binnen de EU/EER. In de rest van de wereld mogen zorgverzekeraars niet meer contracteren met een instelling. Het starten van bijvoorbeeld een nevenvestiging van een instelling of het bouwen van een zorg-hotel buiten de EU/EER, met de bedoeling aldaar ten laste van de AWBZ gecontracteerde zorg te verlenen, is niet meer mogelijk. Daarnaast zijn diverse beperkingen in de tijd opgenomen voor te leveren AWBZ-zorg. De duur ervan is mede afhankelijk van het voortbestaan van de AWBZ-verzekering. Op dit moment kent de regelgeving geen expliciete beperkingen in de duur van de te leveren zorg of te vergoeden zorg. Het zal niet langer mogelijk zijn zich met behoud van vergoeding van kosten ten laste van de AWBZ gedurende langere tijd in het buitenland te verblijven of voor in feite onbepaalde tijd met vakantie te gaan. Door deze beperkingen in tijdsduur dient ook de verzekeraar zich er van te vergewissen dat zorg niet onbeperkt buiten Nederland kan worden gegeven. Voor zorg ten laste van de AWBZ die noodzakelijk wordt bij verblijf buiten Nederland wordt voorzien in een maximumduur. De verzekeraar heeft een actieve rol de zorg in het buitenland zoveel mogelijk te beperken. Voor zorg die na toestemming wordt gegeven (oogmerkzorg) is expliciet geregeld dat de zorg slechts gedurende maximaal één jaar mag worden verstrekt ten laste van de AWBZ. Deze termijn van één jaar is gelijk aan de in beginsel maximale verzekeringsduur buiten Nederland. Na verstrijken van de termijn van één jaar zal men in de regel niet meer naar de omstandigheden beoordeeld in Nederland wonen en aldus niet langer verzekerd zijn ingevolge de AWBZ. Als evenwel duidelijk is dat iemand zich metter-woon in het buitenland heeft gevestigd en niet langer in Nederland woont, dan eindigt de verzekering. Voor iemand die bijvoorbeeld – daartoe aangelokt door aantrekkelijke advertenties – is gaan wonen in een luxe appartementencomplex «compleet met AWBZ-zorg», zal deze zorg in dat geval niet langer ten laste van de AWBZ vergoed kunnen krijgen, want hij is door het wonen in het buitenland niet langer verzekerd voor de AWBZ.

Volledigheidshalve zij vermeld dat voor extramurale zorg binnen de EU/EER op grond van jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie geen beperkingen kunnen worden opgelegd. Buiten de EU/EER kan extramurale zorg ten laste van de AWBZ alleen worden verleend in de hiervoor genoemde uitzonderingsgevallen.

Ook de leden van de PvdA-fractie stellen vast dat er een tendens zichtbaar is dat (Nederlandse) organisaties in het buitenland instellingen opzetten in de verwachting dat AWBZ-verzekerden bij deze instellingen zorg kunnen inroepen. Deze leden vragen of een overzicht gegeven kan worden van het aantal verzoeken van deze strekking dat het ministerie van VWS ontvangt en waar deze instellingen zich precies bevinden.

In de loop van de jaren zijn zowel verzoeken om inlichtingen als verzoeken om toelating als AWBZ-instelling ontvangen van een aantal organisaties. Daarnaast is door een Nederlandse zorgverzekeraar in het buitenland gecontracteerd ten behoeve van de zorgverlening aan diens verzekerden.

Een aantal van deze organisaties levert inmiddels zorg of gaat dat binnenkort doen. Ik noem als voorbeelden: Royal Care Residence (RCR) Rojas, Spanje; RCR Parimaribo, Suriname; Zorghotel Ciudad Patricia, Spanje; De Wielborgh (Residencia la Ciguena), Spanje; Castle Graig, Groot-Brittannië; Family Care, Meerssen (zorg bij vakanties in binnen- en buitenland); Zorgspectrum Het Zand (in samenwerking met RCR Spanje), alsmede diverse thuiszorgorganisaties (Thuiszorg Costa Blanca en Samenwerkende Buitenlandse Zorgorganisaties, Spanje en Portugal). Verder is mij bekend dat er ten behoeve van thuiszorg in Suriname contracten zijn gesloten met Libi Makandra, Quality Care, Zon Suriname en Milienda.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt tot de Patiëntenrichtlijn zoals deze voorligt in het Europees Parlement. Is hier rekening mee gehouden?

Het wetsvoorstel is in lijn met de jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie op het terrein van de grensoverschrijdende zorg. Deze jurisprudentie is neergelegd in het voorstel van de Europese Raad voor de Patiëntenrichtlijn grensoverschrijdende zorg. Momenteel wordt hierover in Europa onderhandeld. Langdurige zorg is in het voorstel overigens uitgezonderd, waardoor de betekenis van deze richtlijn voor de AWBZ gering is. Het is de vraag in hoeverre het huidige Spaanse voorzitterschap, dat geen warm pleitbezorger lijkt van de concept-richtlijn, de onderhandelingen in de Raadswerkgroep van de Europese Raad van Ministers, verder zal brengen.

2. Beperking van de mogelijkheid voor vreemdelingen om ten laste van de AWBZ in Nederland zorg in te roepen

De leden van de CDA-fractie waarderen dat met dit wetsvoorstel ook de AWBZ-gefinancierde zorg aan vreemdelingen in Nederland wordt beperkt. Deze leden geven aan dat het maatschappelijk draagvlak van de AWBZ-zorg wegvalt wanneer zomaar alle zorg gedeclareerd kan worden. Wel vragen deze leden in hoeverre de onderhavige regeling afwijkt van het beleid dat door de regering wordt ontwikkeld om de sociale zekerheid voor migranten te beperken. Die vraag geldt evenzeer voor de meeneembare rechten van Nederlanders naar het buitenland.

Het kabinet heeft zijn standpunt over de socialezekerheidspositie van migranten neergelegd in de nota Internationale arbeidsmobiliteit en sociale zekerheid van 18 september 2009¹. In deze nota wordt geschetst dat voor de mate waarin arbeidsmigranten toegang dienen te krijgen tot ons sociale zekerheidsstelsel een evenwicht moet worden gevonden tussen onder meer de volgende twee uitgangspunten. Enerzijds dienen vreemdelingen die rechtmatig in Nederland verblijven op grond van overwegingen van sociale openbare orde en gelijke behandeling toegang te hebben tot elementaire sociale voorzieningen. Anderzijds is het uitgangspunt dat concepten van verdelende rechtvaardigheid en solidariteit, waar ons sociale zekerheidsstelsel op berust, slechts binnen een begrensde samenleving duurzaam kunnen zijn. Zij zouden onbestaanbaar zijn indien eenieder naar Nederland zou kunnen komen en ook arbeidsmigranten, die slechts een marginale of geen band met Nederland hebben, onmiddellijk en onbeperkt alle aanspraken zouden hebben. Bij het zoeken naar het evenwicht tussen beide uitgangspunten kunnen ingroeielementen in de sociale zekerheid worden aangebracht. In de genoemde nota wordt onder meer verwezen naar de wachttijden in de WIA en de Anw. De aanscherping van de wachtpriode voor de AWBZ past in het zoeken naar een goede afweging: vreemdelingen die legaal in Nederland verblijven hebben in beginsel recht op AWBZ-verstrekingen op dezelfde voet als Nederlanders die in Nederland wonen, maar dit bete-

¹ Kamerstukken II, 2009/10, 32 149, nr. 1.

kent niet dat geen drempels mogen worden opgeworpen om te voorkomen dat ons zorgstelsel een motief op zichzelf wordt om zich in Nederland te vestigen.

Voor wat betreft de meeneembare rechten van Nederlanders naar het buitenland geldt dat Nederlanders die zich in het buitenland vestigen in beginsel niet langer verzekerd zijn ingevolge de AWBZ. Zij hebben dan geen recht meer op zorg ten laste van deze wet. Het kan zijn dat zij – bijvoorbeeld als rechthebbende op een Nederlands pensioen – op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening of een verdrag inzake sociale zekerheid, een verdragsrecht hebben op zorg. In dat geval hebben zij aanspraak op het verstrekkingspakket van het woonland, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Of in dat pakket AWBZ-achtige aanspraken zitten, hangt af van de wetgeving in het desbetreffende woonland. Het wetsvoorstel brengt in die situatie geen wijziging.

De leden van de VVD-fractie vragen waarom het de insteek van de regering is om vreemdelingen dezelfde status toe te kennen als Nederlanders die uit het buitenland terugkomen. Verder wijzen deze leden erop dat vreemdelingen voor de wijziging meer rechten hadden dan terugkerende Nederlanders. Heeft de regering overwogen hen minder rechten toe te kennen, zo vragen zij.

Er bestaat recht op AWBZ-zorg als een vreemdeling rechtmatig in Nederland verblijft. Indien er van een dergelijk verblijf sprake is dient, gelet op internationale verdragen, geen onderscheid te worden gemaakt naar nationaliteit. Op dit moment is sprake van een situatie waarbij Nederlanders die uit het buitenland terugkeren minder aanspraken hebben dan vreemdelingen. Deze situatie wordt recht gezet.

3. Uitvoeringstoets van het CVZ

De leden van de CDA-fractie verwijzen naar de memorie van toelichting (blz. 9) waarin wordt gesteld dat op advies van het CVZ de duur van het recht op zorg wordt beperkt tot dertien weken. Deze leden geven aan deze termijn te ruim te vinden en vragen waarom voor deze zeer lange termijn is gekozen. Deze leden achten de keuze voor dertien weken ook strijdig met het uitgangspunt dat in principe AWBZ-zorg in ons eigen land dient te worden aangeboden en afgenomen. Zij vragen de regering daarom de maximale duur te heroverwegen.

Voor de door de leden van de CDA-fractie genoemde periode van dertien weken is gekozen omdat met deze periode kan worden aangesloten aan een elders in de sociale zekerheid bepaalde periode gedurende welke de rechthebbende met behoud van uitkering naar het buitenland mag, namelijk in de uitkeringsregimes voor mensen die geen arbeidsplicht hebben. Er is ook een andere mogelijkheid voor aansluiting aan een reeds bestaande periode in de sociale zekerheidswetgeving, te weten die van vier weken, welke is geregeld in de Werkloosheidswet. De leden van de PvdA-fractie memoreren dat het CVZ het wenselijk vindt regels te stellen met betrekking tot indicatie voor de behoefte aan AWBZ-zorg. Zij vragen of een toelichting gegeven kan worden op de mededeling van de regering dat de regering hierover nadere regelgeving zal opnemen.

Het CVZ heeft er op gewezen dat een wettelijke regeling een onafhankelijke indicatiestelling voor AWBZ-zorg in het buitenland kan waarborgen. In het Besluit zorgaanspraken zal – zowel voor gecontracteerde zorg als voor niet-gecontracteerde AWBZ-zorg in het buitenland – worden geregeld dat alleen aanspraak op vergoeding bestaat voor die gevallen waarin

een indicatiestelling door het CIZ niet mogelijk is of niet kan worden afgewacht, indien door een onafhankelijk arts is vastgesteld dat de zorg nodig is en in welke omvang de zorg nodig is. Onder een onafhankelijke arts wordt verstaan een arts die niet is verbonden aan een instelling of organisatie die de te indiceren zorg kan of zal verlenen. Verzekerden die naar het buitenland gaan omdat de noodzakelijke zorg in Nederland gelet op de gezondheidssituatie van betrokkene niet of niet tijdig verkregen kan worden, en zij die vanuit een Nederlandse instelling met vakantie naar een instelling in het buitenland gaan, zijn in de regel al in bezit van een indicatiebesluit van het CIZ. In andere gevallen moet de verzekeraar beoordelen of de verzekerde is aangewezen op de zorg. De verzekeraar kan voor die beoordeling uitgaan van een verklaring van deze onafhankelijk arts dat de desbetreffende zorg nodig is en, zo mogelijk, in welke omvang deze zorg nodig is. Voor de uitvoering hiervan kan gebruik worden gemaakt van een (destijds reeds door de voormalige Ziekenfondsraad in diverse talen ontwikkelde) aandachtspuntenlijst, die de arts bij zijn beoordeling kan gebruiken. Bij twijfel kan de zorgverzekeraar nadere gegevens vragen teneinde de zorgbehoefte te kunnen beoordelen.

4. Administratieve lasten

De leden van de CDA-fractie hebben aangegeven bezorgd te zijn over de administratieve lastenverhoging voor zorgkantoren en vragen zich af hoe verzekeraars hier tegenaan kijken.

Op dit moment worden de kosten voor zorg in het buitenland voor AWBZ-verzekerden vergoed door verzekeraars. Dit systeem als zodanig verandert niet. Zorgkantoren hebben bij de uitvoering van AWBZ-zorg in het buitenland geen enkele taak. Doordat de regelgeving transparanter is en de aanspraken alleen nog zijn geregeld in het Besluit zorgaanspraken en niet in drie verschillende regelingen met bijkomende interpretatievraagstukken, draagt het wetsvoorstel naar de mening van de regering juist bij tot een vermindering van administratieve lasten van de zorgverzekeraars.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker