

Rapport

Aanpassing wet- en regelgeving AWBZ-zorg in het buitenland

Op 15 juli 2008 uitgebracht aan de Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	28056662
<i>Afdeling</i>	POU
<i>Auteurs</i>	H. van Diggelen, M. van Drooge, J. Hallie, R. Langenberg, R. van der Wissel
<i>Doorkiesnummer</i>	Tel. (020) 797 86 40

Inhoud:

1. Inleiding	1
2. Samenvatting beleidsvisie VWS.....	2
3. Algemene bevindingen CVZ.....	3
4. Instellingsbegrip	4
5. Gecontracteerde zorg	5
6. Meereizen.....	6
7. Vakantieduur	7
8. Vergoeding van in het buitenland verleende zorg	8
9. Indicatiestelling.....	10
10. Wachtijd.....	11
11. Persoonsgebonden budget (PGB)	11
12. Overige opmerkingen.....	12
13. Conclusies.....	13

1. Inleiding

Bij brief van 13 juni 2008 (kenmerk Z/VV 2847014) heeft de Minister van VWS het CVZ verzocht om een uitvoeringstoets uit te brengen over de voorgestelde wijzigingen in de wet- en regelgeving ten aanzien van AWBZ-zorg in het buitenland. Dit verzoek vloeit voort uit de beleidsvisie die de minister op 18 september 2007 aan de Tweede Kamer heeft gestuurd om tot een nadere precisering en regulering te komen van AWBZ-zorg die in het buitenland wordt verleend. De minister heeft bij die gelegenheid de Tweede Kamer meegedeeld dat de wet- en regelgeving met die beleidsvisie in overeenstemming zal worden gebracht.

Aanpassingen in wet- en regelgeving

Het CVZ heeft in november 2007 voorgesteld een uitvoeringstoets uit te brengen op de beleidsvoorstellen aan de hand van concrete voorstellen voor wijzigingen in wet- en regelgeving. De minister geeft met zijn verzoek van 13 juni jl., waarbij de voorgestane wijzigingen in wet- en regelgeving per 1 januari 2009 zijn bijgevoegd, aan dat eerdere voorstel nu invulling.

De minister stelt wijzigingen voor in de volgende regelingen:

- AWBZ en WTZi
- Besluit zorgaanpak AWBZ (BZA)
- Regeling zorgaanpak AWBZ (RZA)
- Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ
- Aanwijzing contracteerruimte AWBZ
- Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering
- Regeling subsidies AWBZ

In het navolgende is eerst een samenvatting opgenomen van de beleidsvisie, gevolgd door enkele algemene bevindingen van het CVZ. Daarna plaatst het CVZ specifieke opmerkingen bij de diverse onderdelen van de wijzigingen. Het rapport sluit af met diverse tekstuele opmerkingen bij de voorgestelde wijzigingen in wet- en regelgeving.

Beperkte reikwijdte uitvoeringstoets

Bij de reikwijdte van dit rapport plaatst het CVZ enkele opmerkingen vooraf.

Gelet op de beschikbare tijd ziet het CVZ zich genoodzaakt deze uitvoeringstoets te beperken tot hoofdlijnen. In het najaar 2008 kan zonodig op onderdelen nog een nadere uitwerking plaatshebben. Voorts heeft VWS gevraagd om waar nodig de NZa hierbij te betrekken. Nadien is in overleg met de NZa en VWS afgesproken dat de NZa zelf in overleg met VWS zal bezien op welke wijze de NZa reageert op de voorstellen. Om die reden gaat het CVZ niet nader in op aangelegenheden die primair de NZa regarderen, zoals de effecten op de contracteerruimte en mogelijke effecten op de uitvoering van de WMG.

Gevolgen EU-richtlijn op AWBZ-voorstellen

Ten tijde van het uitbrengen van deze uitvoeringstoets heeft de Europese Commissie het voorstel gedaan voor een richtlijn inzake de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (proposal 2 juli 2008, COM 414 final). De invoering van deze richtlijn is afhankelijk van goedkeuring door de Raad en het Europees Parlement. De door VWS voorgestelde wijzigingen in de wet- en regelgeving AWBZ zijn (nog) niet aan het voorstel getoetst. Afhankelijk van het invoeringstraject zal het CVZ desgewenst in een later stadium reageren op de consequenties van de richtlijn op de voorgestelde wijzigingen in EU-verband.

Consultatie veldpartijen

Bij het uitbrengen van rapportages consulteert het CVZ voorafgaand daaraan de betrokkenen veldpartijen. In dit geval heeft dat door de beperkte tijd niet vooraf kunnen plaatsvinden. Het CVZ stuurt de betrokken partijen deze rapportage toe voor commentaar. De reacties daarop worden nagezonden.

2. Samenvatting beleidsvisie VWS

De beleidsvisie van VWS van 18 september 2007, gericht aan de Tweede Kamer, is vormgegeven in een uitwerking van de noodzakelijk aan te passen wet- en regelgeving.

Harmonisatie regelgeving AWBZ-zorg binnen en buiten Nederland

In de kern komt de beleidsvisie neer op een harmonisatie van de AWBZ-zorgverlening in het buitenland met de uitgangspunten voor zorgverlening binnen Nederland. Het verzekeringssysteem van de AWBZ heeft als primair uitgangspunt dat de zorg in Nederland geleverd wordt. In de AWBZ heeft dit vorm gekregen door de voorwaarde dat de zorg in natura aan de verzekerden wordt geleverd door zorgaanbieders die daartoe door de zorgverzekeraars zijn gecontracteerd; de betreffende instellingen moeten zijn toegelaten voor de uitvoering van de AWBZ.

De beleidsvisie maakt onderscheid tussen

- intramurale zorg en extramurale zorg, en
- binnen het gebied van de Europese Economische Ruimte (EER-gebied, met uitzondering van Nederland) en buiten EER-gebied.

	Extramurale zorg	Intramurale zorg
Binnen EER-gebied (m.u.v. Ned.)	Uitgangspunt: zorg door gecontracteerde aanbieder; ook restitutie is mogelijk	Voorwaarde: gecontracteerde aanbieder, die aan regels ter zake van kwaliteit van het bestuur en financiële administratie moet voldoen. Uitzonderingen* op gecontracteerde zorg zijn mogelijk: zie hierna. Ook hiervoor geldt een restitutieregeling.
Buiten EER-gebied	Aanbieder kan niet worden gecontracteerd. Uitzonderingen zijn van toepassing*	

Restitutie- mogelijkheden

* Restitutie is mogelijk in bepaalde gevallen:

a. wonen in het buitenland wegens werk in Nederland dienstbetrekking.

Dit is van toepassing op de verzekerde en diens gezinsleden.

b. oogmerkzorg

Wanneer noodzakelijke AWBZ-zorg, gezien de gezondheidstoestand van de betrokkene, niet of niet tijdig genoeg bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verkregen, kan de verzekerde de zorg met toestemming van de zorgverzekeraar bij een niet-gecontracteerde aanbieder inroepen.

c. acute zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland

Is van toepassing tijdens vakantie of werkzaamheden buiten Nederland. Er is geen sprake van oogmerkzorg, en er is door onvoorziene omstandigheden behoefte aan AWBZ-zorg.

d. vakantie voor mensen met een AWBZ-indicatie (vakantiezorg)

Dezelfde regels als acute zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland, met een beperking tot 4 weken.

Voor alle vormen van zorg geldt, dat die moet worden geleverd door een instelling die in dat land bevoegd is om 'AWBZ-zorg' te leveren.

3. Algemene bevindingen CVZ

Het CVZ constateert dat de voorgestelde wijzigingen in wet- en regelgeving meer samenhang vertonen dan het huidige stelsel

aan regels en bovendien transparanter is. Daarnaast vindt nu in hoofdzaak regeling op het juiste niveau plaats: de wet en algemene maatregel van bestuur. In het huidige stelsel is te veel geregeld op een te laag regelingsniveau: de ministeriële regeling en de regeling CVZ.

Uit de wetsvoorstellen en de toelichting daarop krijgt het CVZ de indruk dat daaraan mogelijk de vooronderstelling ten grondslag ligt, dat de zorg in het buitenland verloopt via contracten.

Contractering vindt nauwelijks plaats

Dat is echter niet het geval. Thans contracteren verzekeraars niet of nauwelijks met buitenlandse instellingen. Van een contracteerplicht met buitenlandse instellingen is ook geen sprake. Vergoeding van zorg in het buitenland verloopt in hoofdzaak via restitutie. Waar het nieuwe regime wel uitgaat van contracteren in het buitenland zal dit voor veel verzekeraars een nieuw terrein zijn. Als het uitgangspunt is dat alleen gecontracteerde instellingen intramurale zorg in het buitenland kunnen verlenen, zal het vooral van het initiatief van de verzekeraars afhangen of een dergelijk aanbod ook feitelijk tot stand komt.

4. Instellingsbegrip

De voorgestelde wijzigingen hebben onder meer betrekking op de reikwijdte van het instellingsbegrip.

In het huidige artikel 1, eerste lid, onderdeel d AWBZ is daarvan een omschrijving gegeven. De strekking daarvan is dat dit betrekking heeft op toegelaten instellingen krachtens de WTZi en op een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel.

De voorgestelde wijziging in artikel 1, eerste lid, onderdeel d onder 2^e van de AWBZ luidt: *“een organisatorisch verband dat gevestigd is op het grondgebied van een andere staat en dat overeenkomstig de wetgeving van die staat bevoegd is zorg te verlenen die vergelijkbaar is met en kwalitatief gelijkwaardig is aan de zorg als bedoeld in artikel 6”* (van de AWBZ). Daarbij geldt volledigheidshalve het voldoen aan de omschrijving van het begrip organisatorisch verband niet voor instellingen die zorg bieden aan ex-AWBZ-verzekerden op grond van de overgangsregeling AWBZ.

Heldere definiëring instellingsbegrip noodzakelijk

Het CVZ wijst er op dat de definitie van het instellingbegrip cruciaal is voor de aanspraak op AWBZ-zorg. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) is de zorg immers steeds omschreven als *“...zorg, verleend door een instelling”*. Het instellingsbegrip maakt dus onlosmakelijk onderdeel uit van de definitie van de zorg. Dat impliceert dat als er in het betreffende land geen instellingen zijn die aan de nieuwe

instellingsdefinitie voldoen, de aanspraak op AWBZ-zorg in dat land niet geëffectueerd kan worden. Dit zal dan slechts kunnen in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB), omdat daarvoor niet de eis geldt dat de zorg door een instelling moet worden verleend.

Toelating is geen kwaliteitseis

Voorts spreekt de nu voorgestelde definitie over “...zorg die vergelijkbaar is met en kwalitatief gelijkwaardig is aan de zorg bedoeld in artikel 6 AWBZ”. Deze voorgestelde omschrijving lijkt onvoldoende adequaat. Artikel 6 heeft geen betrekking op de kwaliteit van zorg, het benoemt slechts de vormen van zorg. Bovendien kan een bevoegdheid op zichzelf geen betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg. Als deze omschrijving wordt voorgestaan ter vervanging van de toelating, zoals dit gebeurt met in Nederland gevestigde instellingen, dan wijst het CVZ erop dat een toelating geen kwaliteitseis impliceert. Over eisen van een voldoende kwalitatief aanbod maakt de verzekeraar afspraken met een zorgaanbieder in het contract.

Voorts is de hierboven aangehaalde wijziging onvoldoende duidelijk. Niet alle landen hebben een systeem van toelating of vergunningsvereisten. Zeker niet voor AWBZ-zorg waarvoor geen specifieke eisen gelden, zoals persoonlijke verzorging en begeleiding. Voorzover de wetgeving van dat land daar geen nadere beperkingen aan stelt, is iedere instelling derhalve bevoegd om die zorg te verlenen.

De toelichting wekt echter de waarschijnlijk onbedoelde suggestie dat er sprake moet zijn van een expliciet toegekende bevoegdheid. De eis van vergunning, erkenning of soortgelijke voorwaarde kan uiteraard alleen gelden voorzover het wettelijke stelsel van het betreffende land die eis stelt. Het CVZ beveelt aan, dit in de toelichting duidelijker te omschrijven.

Voorts hanteert de toelichting op de voorstellen het begrip privé-instellingen. Het verdient aanbeveling dat begrip niet te hanteren omdat dit verwarring kan wekken als dit begrip niet gedefinieerd is. In het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is het immers juist zo, dat zorg door privaatrechtelijke instellingen wordt verleend.

Privé-instellingen doelt waarschijnlijk op de zogenaamde ‘privé-klinieken’, te onderscheiden van private dan wel publieke instellingen, die zorg verlenen binnen het sociale stelsel van een land.

5. Gecontracteerde zorg

In paragraaf 3 is al aangegeven dat er in de huidige situatie slechts bij hoge uitzondering sprake is van gecontracteerde zorg in het buitenland.

Het is ook niet zo dat verzekeraars, op een enkele na, contracten hebben gesloten met de destijds door het CVZ toegelaten instellingen. Wel is het zo dat in de praktijk de zorg vergoed bleef worden. Daarbij is het zo dat vergoeding plaatsvindt omdat de zorg geleverd is, en niet omdat een instelling is toegelaten.

In de voorgestelde toevoeging op artikel 15 AWBZ is gesteld dat de instelling in het buitenland ook moet voldoen aan de eisen die in Nederland aan instellingen worden gesteld wat betreft administratieve voorschriften, de kwaliteit van het bestuur en de financiële administratie. De verzekeraars moeten dat in hun contracten met buitenlandse instellingen regelen.

***Verduidelijking
nodig van eisen
aan de instellingen***

Naar het oordeel van het CVZ is onvoldoende duidelijk aangegeven welke eisen dat precies zijn. Voor Nederlandse instellingen zijn de voorschriften met betrekking tot de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering vastgelegd in de artikelen 6.1 en 6.2 van het Besluit WTZi (de zogenaamde transparantie-eisen). Het is de vraag of de daar neergelegde criteria toepasbaar zijn op buitenlandse rechtspersonen en voldoende uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Een deel van de voorschriften over de bestuursstructuur is geheel toegespitst op het Nederlandse rechtspersonenrecht volgens boek 2 van het BW. Het valt te betwijfelen of die bepalingen zonder meer vertaald kunnen worden naar buitenlandse instellingen, en of verzekeraars in staat zullen zijn een dergelijke beoordeling te maken. Het CVZ beveelt de minister aan om bij het stellen van voorwaarden aan buitenlandse instellingen nader te specificeren welke voorwaarden dat zijn, op welke wijze daaraan uitvoering zou moeten worden gegeven en welk nationaal rechtstelsel van toepassing is.

Een en ander laat overigens onverlet de bestaande rechten die verzekerden hebben op zorg binnen de EG onder toepassing van Verordening 1408/71.

6. Meereizen

In de Regeling zorgaanspraken AWBZ is destijds artikel 7a opgenomen om te verhinderen dat hulpverleners van een in Nederland gevestigde AWBZ-instelling met verzekerden meereizen om hulp te bieden. Het voorstel is deze bepaling op te nemen in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Het CVZ vraagt zich af of een dergelijke bepaling nog wel opgenomen moet worden. Destijds is dit zo geregeld ter voorkoming van het meereizen van hulpverleners van een GGZ-instelling. De geneeskundige GGZ, waar in dit geval sprake van was, is inmiddels overgeheveld naar de Zvw, zodat dit voor de AWBZ geen rol meer speelt.

De bepaling heeft overigens wel tot gevolg dat vormen van zorg tijdens vakantie-reizen voor gehandicapten niet mogelijk zijn, terwijl de verzekerde die zorg wel in het buitenland kan ontvangen van een buitenlandse instelling. Het is dan onvoldoende duidelijk wat de ratio van deze regeling is. Het CVZ wijst in dit verband op de uitspraak van de Rechtbank Arnhem van 21 februari 2008 inzake Family Care¹, een instelling die zorg verleent tijdens vakantie-reizen. De rechter oordeelt hier dat toepassing van artikel 7a op de zorg die Family Care aanbiedt, in strijd is met de bedoeling van de wetgever en dus dat dit artikel buiten toepassing moet blijven.

7. Vakantieduur

In de voorgestelde wijziging van het BZA is in artikel 20, lid 2 onder d opgenomen dat de vergoeding van zorg, waarvoor het CIZ een indicatie heeft gesteld, beperkt wordt tot vier weken (de vakantieperiode). Deze periode is gerelateerd aan de wettelijke vakantietijd voor mensen in loondienst en de WW.

Geen termijn stellen aan vakantieduur

Het CVZ wijst erop dat in het kader van het Europees Verdrag ervoor gewaakt moet worden voorwaarden te stellen voor zorg in een andere EU-lidstaat die zwaarder, c.q. beperkender zijn dan voorwaarden die binnen Nederland aan diezelfde zorg worden gesteld. Binnen Nederland is het verblijf elders wegens vakantie niet beperkt tot een bepaalde termijn. Het ligt dan ook niet in de rede een maximale termijn te stellen aan zorg buiten Nederland.

Wil de minister van VWS niettemin vasthouden aan maximering van de termijn, dan geeft het CVZ in overweging dat het hier mensen betreft die niet (meer) werken. Er zou ook voor gekozen kunnen worden om aan te sluiten bij de vakantieduur zoals die doorgaans geldt in uitkeringsregimes voor mensen die geen arbeidsplicht hebben, te weten 13 weken.

¹ In een kort geding bij de Rechtbank Arnhem (21 februari 2008, RZA 2008, 63, met noot van prof. G.R.J. de Groot) vorderde Family Care betaling van verzekeraars. Family Care is een toegelaten instelling die AWBZ-zorg aanbiedt tijdens vakantie-reizen in het buitenland. Zij declareert deze zorg ("namens de verzekerden") rechtstreeks bij de zorgverzekeraars. Die claim is door de verzekeraars afgewezen met een beroep op artikel 7a van de Regeling zorgaanpak, waarin is bepaald, dat geen aanspraak bestaat op zorg gedurende het reizen of tijdelijk verblijven in het buitenland die verleend wordt door een toegelaten instelling. Family Care voert onder meer aan, dat de uitleg die de verzekeraars geven aan art 7a geven in strijd is met de bedoeling van de Minister. De rechter honoreert dat, kijkend naar de strekking van de AWBZ-verzekering aanspraak op zorg, in bijzondere omstandigheden en onder voorwaarden ook tijdens verblijf in het buitenland – en de strekking van art. 7a. Rza – beperking van aanspraak op AWBZ-zorg ter voorkoming van een kostenverhogend effect en het weglekken van behandelcapaciteit. De door Family Care geleverde diensten zijn niet strijdig met het doel van art. 7a Rza. Het is niet aannemelijk dat de door de verzekeraars gegeven restrictieve uitleg van art. 7a Bza juist is, aldus de rechter.

8. Vergoeding van in het buitenland verleende zorg

In de voorgestelde wijziging van artikel 10 AWBZ is geregeld op welke wijze de verzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen. Hoofregel is dat een verzekerde zich wendt tot een gecontracteerde aanbieder (artikel 10, eerste lid). Het tweede lid van artikel 10 AWBZ geeft aan dat een verzekerde ook aanspraak heeft op extramurale zorg, buiten Nederland, maar binnen het grondgebied van de EER, verleend door een niet-gecontracteerde aanbieder. Vervolgens regelt het vierde lid van artikel 10 AWBZ dat bij of krachtens AMvB onder meer kan worden bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden de verzekerde in plaats van aanspraak op zorg, aanspraak heeft op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.

Vervolgens vindt de nadere uitwerking hiervan plaats in het BZA, artikel 20. Het CVZ constateert echter dat in artikel 20 BZA geen bepaling is opgenomen voor de vergoeding van de kosten van zorg, zoals omschreven in het tweede lid van artikel 10 AWBZ.

Op de hoogte van de vergoeding van deze kosten gaat het CVZ hierna in.

Hoogte van de vergoeding

Het nieuwe artikel 20, vierde lid BZA bevat twee vergoedingsregelingen, die niet gelijktijdig van toepassing kunnen zijn. Óf het CVZ stelt de hoogte van de vergoeding vast, óf de hoogte van de vergoeding is gelijk aan de gemaakte kosten, al dan niet gemaximeerd tot een bepaald bedrag.

Het CVZ heeft de voorkeur voor regeling op hoger niveau, zoals een AMvB of een ministeriële regeling dan een regeling van het CVZ. Het is een goede zaak dat de desbetreffende bepalingen in de Regeling zorgaanspraken vervallen. Dat het CVZ nog nadere regels stelt in een regeling heeft dus zeker geen voorkeur.

Zoals het artikel nu is geredigeerd, is er ook geen plaats voor nadere regelgeving: de voorgestelde bepaling bevat namelijk nu een maximum tot *“de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten”*. Dat is een dynamisch criterium; de markt laat zich niet vastleggen in algemeen verbindende voorschriften. Het CVZ vindt *“marktomstandigheden”* overigens geen passend criterium voor de AWBZ-zorg; er is immers geen sprake van een vrije markt in de zin van vrije tarieven.

Hoogte vergoeding onder aftrek eigen bijdrage

Het CVZ stelt voor als uitgangspunt te hanteren dat de hoogte van de vergoeding gelijk is aan de gemaakte kosten, al dan niet gemaximeerd tot een bepaald bedrag, onder aftrek van eigen bijdragen. Dat de verzekerden voor zorg een bijdrage

zijn verschuldigd volgt uit het Bijdragebesluit zorg. De vaststelling en inhouding van deze bijdragen kunnen niet op de gebruikelijke wijze plaatsvinden. Bij de vaststelling van de hoogte van de vergoeding van de kosten van de zorg dient rekening te worden gehouden met verschuldigde eigen bijdragen.

Het nieuwe artikel 20, tweede lid BZA onderscheidt de volgende omstandigheden van verblijf in het buitenland, waarin zorg in het buitenland kan worden verkregen en waarvan de kosten van de zorg voor vergoeding in aanmerking komen:

- a. mensen die in het buitenland wonen wegens hun werk;
- b. mensen die tijdens tijdelijk verblijf buiten Nederland aangewezen raken op AWBZ-zorg;
- c. mensen die met toestemming van hun zorgverzekeraar behandeling in het buitenland inroepen omdat die behandeling gelet op hun gezondheidstoestand in Nederland niet tijdig verkrijgbaar is;
- d. mensen die al een AWBZ-indicatie hebben en op vakantie gaan.

Maximering van de vergoeding tot een Nederlands tarief moet wat betreft het CVZ alleen aan de orde zijn bij een vrijwillige keuze voor zorg in het buitenland. In dat geval is het redelijk te achten dat de zorg niet duurder mag zijn dan in Nederland.

In het nieuwe vierde lid van artikel 20 BZA is geregeld dat de werkelijke kosten in de situaties a en c voor vergoeding in aanmerking komen; en maximaal het Nederlandse tarief in de situaties b en d.

***Hoogte vergoeding
beperken***

Het CVZ stelt voor dat als het gaat om een keuze van de verzekerde om de zorg in het buitenland te ontvangen (situatie d) de vergoeding niet hoger te laten zijn dan het Nederlandse tarief. Dit betekent dat in de situaties a, b en c de gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen, zolang het buitenlands verblijf noodzakelijk is. Als die noodzakelijkheid eindigt zou de vergoeding beperkt kunnen worden tot het Nederlandse tarief. Dit kan ook van toepassing zijn op de zorg, bedoeld in artikel 10, tweede lid AWBZ (extramurale zorg binnen andere EER-landen).

In het kader van de huidige regelgeving gaat het CVZ al uit van tarieven die de NZa berekent. Het CVZ stelt dan ook voor uit te gaan van (gemiddelde) kosten van zorg, die de NZa kan vaststellen. Dit is in het BZA op te nemen. Voor de extramurale AWBZ-zorg stelt de NZa al tarieven vast. Voor wat betreft de intramurale zorg gaat het om de gemiddelde kosten. Dit betekent dat de bepalingen in de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden over de hoogte van de vergoeding kunnen vervallen.

Met het vervallen van deze bepalingen in de CVZ-Regeling hulp

in bijzondere omstandigheden vervalt ook de huidige wijze van het bepalen van de hoogte van de uitkering. Op dit moment is de uitkering gelijk aan de in rekening gebrachte kosten tot ten hoogste het bedrag dat naar het buitenlandse recht rechtsgeldig in rekening mag worden gebracht dan wel tot een bedrag dat algemeen voor zodanige zorg in rekening pleegt te worden gebracht. Is er geen geldend tarief noch een gebruikelijk tarief dan is de uitkering gelijk aan de in rekening gebrachte kosten, voor zover die gelet op het kostenniveau van de gezondheidszorg in het land van wonen of verblijf aanvaardbaar zijn.

Dit betekent dat het CVZ voor de benadering van het tarief in het buitenland het Nederlandse tarief corrigeert voor de loonvoetverhouding tussen de betreffende landen. Deze correctie vindt plaats om te voorkomen dat een hoger bedrag in rekening wordt gebracht dan de te verwachten kosten of dat vergoeding van kosten van uitzonderlijk luxe voorzieningen in vergelijking met de Nederlandse situatie zouden plaatsvinden.

De vraag rijst dan tot welke hoogte de gemaakte kosten voor vergoeding in aanmerking zouden moeten komen. Het verdient aanbeveling ook in geval van vergoeding van de gemaakte kosten een maximum, bijvoorbeeld gerelateerd aan een rechtsgeldig dan wel gebruikelijk tarief in het buitenland, op te nemen. Bij ontbreken van beiden geldt maximaal het Nederlandse tarief.

9. Indicatiestelling

Uitzonderings-situaties

De nieuwe regelgeving bevat geen bepalingen omtrent indicatiestelling. Omdat hier in het verleden nog wel eens vragen over zijn gesteld heeft de toenmalige Ziekenfondsraad destijds een richtlijn voor verzekeraars opgesteld. Bij de uitzonderingssituaties van zogenoemde oogmerkzorg en vakantie zorg is de verzekerde in het bezit van een indicatiebesluit van het CIZ. De omvang van de benodigde zorg ligt dan vast en is voor de verzekeraar een gegeven. Anders is dit in de overige uitzonderingssituaties (bij wonen in het buitenland en bij zorg wegens onvoorziene omstandigheden tijdens verblijf in het buitenland). In deze laatste gevallen moet een verzekeraar beoordelen of de verzekerde aangewezen is op de zorg. Een verzekeraar kan voor zijn beoordeling uitgaan van een verklaring van een onafhankelijke arts dat de desbetreffende zorg nodig is. Voor deze regeling ontbreekt echter een wettelijke grondslag. Het CVZ geeft in overweging dit wettelijk te regelen om daarmee eveneens een onafhankelijke indicatiestelling te waarborgen.

Extramurale zorg

Volledigheidshalve merkt het CVZ op dat indien een verzekerde voor het verkrijgen van extramurale zorg naar een

aanbieder in het buitenland gaat er dan altijd sprake moet zijn van een CIZ-besluit voor de desbetreffende zorg. De verzekerde wil immers zijn aanspraak, vastgesteld door het CIZ, tot gelding brengen.

10. Wachtijd

In de voorstellen is ook voorzien in aanpassing van het Besluit wachtijd bijzondere ziektekostenverzekering. De aanpassing betreft een uitbreiding van de wachtijd naar extramurale zorg en een verkleining van de groep verzekerden voor wie thans geen wachtijd geldt.

Aanpassingen buiten dit bestek laten

Het CVZ meent dat het voorstel om de wachtijdregeling uit te breiden naar extramurale zorg en naar een grotere categorie vreemdelingen niet in het onderhavige maatregelenpakket thuishoort, omdat het niet over AWBZ-zorg in het buitenland gaat maar om AWBZ-zorg in Nederland. Het voorstel maakt ook geen onderdeel uit van de beleidsvisie van de minister aan de Tweede Kamer (antwoorden aan TK, 18-907). Het CVZ stelt dan ook voor deze maatregel niet mee te nemen in het nu ingezette wetgevingstraject, maar afzonderlijk te behandelen. Het gaat om een aanzienlijke ingreep in de rechtspositie van verzekerden, waarvan het CVZ de implicaties binnen dit korte tijdsbestek niet kan beoordelen.

Het CVZ twijfelt overigens aan de juridische haalbaarheid van het voorstel, omdat hiermee bepaalde groepen verzekerden uitgesloten worden van de aanspraak op noodzakelijke zorg, terwijl de mogelijkheid van het afsluiten van een vrijwillige AWBZ-verzekering met de invoering van de Zvw is komen te vervallen. Dit staat op gespannen voet met de verplichting die voortvloeit uit internationale verdragen die de overheid ertoe verplicht zorg te dragen dat burgers toegang hebben tot een stelsel van noodzakelijke, kwalitatief goede medische zorg. Ook de uitvoeringsimplicaties vergen nader onderzoek. Het CVZ zou zich daar dan ook graag in een later stadium nader over uitlaten.

11. Persoonsgebonden budget (PGB)

Met een aanpassing van de Regeling subsidies AWBZ wordt de regeling voor het persoonsgebonden budget (PGB) aangescherpt in situaties dat verzekerden uitsluitend in verband met hun wens om tijdelijk naar het buitenland te gaan, een PGB aanvragen. De minister geeft aan dat de PGB-regeling ten principale niet bestemd is voor het aanvragen van een PGB omwille van een kort verblijf in het buitenland. Door een termijn te stellen van ten minste drie maanden zou voorkomen worden dat mensen alleen een PGB aanvragen voor

**Geen minimum-
termijn**

zorg tijdens een vakantie.

Bij de Regeling PGB oude stijl (overigens: alleen bij de PGB-regeling V&V) werd inderdaad pas een PGB toegekend voor een periode van minimaal drie maanden. Bij de invoering van de Regeling PGB nieuwe stijl is er bewust voor gekozen om deze beperking te laten vervallen.

Het PGB is daardoor nu ook mogelijk bij een korte herstelperiode na ziekenhuisopname. Een PGB is ook mogelijk voor ouderen die, binnen Nederland, bij hun kinderen verblijven. Het zorgkantoor kan voor een paar maanden een PGB toekennen ter overbrugging van opname in een instelling. Bij terminale situaties kan het zorgkantoor een PGB voor een paar weken toekennen.

Dergelijke situaties zijn met de nu voorgestelde aanpassing niet meer mogelijk.

Voor wat betreft de duur van het PGB buiten Nederland stelt het CVZ voor dit aan te laten sluiten bij het gestelde onder de paragraaf 7, zodat voor zorg in natura en het PGB een gelijke termijn buiten Nederland geldt.

12. Overige opmerkingen

De wijzigingen van de lagere regelgeving verwijzen ook naar de CVZ-Regeling hulp in bijzondere omstandigheden. Deze nadere regels hebben geen betrekking op de aard, inhoud en omvang van de zorg, zoals in de toelichting gesteld, maar op de hoogte van de vergoeding van de zorg en het omschrijven van de redenen van verblijf in het buitenland. De aanspraken AWBZ zijn niet in deze Regeling nader geregeld. Deze regelgeving van het CVZ berust op artikel 20 BZA. Bij wijziging van artikel 20 BZA zal uiteraard ook deze regeling aanpassing behoeven.

Wijziging artikel 10 AWBZ

In het voorstel wordt het huidige derde lid vernummerd tot vijfde lid. Het huidige derde lid, dient te vervallen.

- Artikel IV

Het CVZ twijfelt aan de noodzaak van dit artikel. Mogelijk is er vanuit gegaan dat verzekeraars contracteren met buitenlandse instellingen, zo blijkt uit de toelichting, maar dit is niet het geval.

Wijzigingen BZA

Het huidige artikel 20 berust op artikel 11 AWBZ. Nu dit artikel komt te vervallen en het nieuwe artikel 20 gebaseerd is op artikel 10 AWBZ dient de aanhef van het BZA op dit punt te worden aangepast.

Artikel 20, eerste lid

Dit heeft betrekking op de situatie dat een verzekerde zorg verkrijgt van een niet-gecontracteerde aanbieder. Verwijzing naar andere zorg dan verkregen op de in artikel 10, eerste lid van de wet omschreven wijze ligt dan voor de hand.

Artikel 20, tweede lid

Dit betreft een uitwerking van artikel 10, vierde lid AWBZ en omschrijft vier omstandigheden/situaties (a t/m d) waarin een verzekerde zorg in het buitenland kan verkrijgen. De kosten van deze zorg komen voor vergoeding in aanmerking.

Situatie a. wegens uitoefening van een beroep of bedrijf al dan niet in dienstbetrekking.

Een bedrijf kan niet in dienstverband worden uitgeoefend. De huidige omschrijving is duidelijker: verblijf in het buitenland wegens uitoefening van bedrijf of beroep. Eventueel met de toevoeging al dan niet in dienstbetrekking, welke toevoeging dan slechts betrekking heeft op de uitoefening van beroep. De tweede zin introduceert nieuwe begrippen. Vergezellende, gezin, kinderen. In plaats van deze nieuwe begrippen verdient het de voorkeur aan te sluiten bij een al gedefinieerd begrip: de leefeenheid.

Uiteraard geldt ook voor andere personen die behoren tot de leefeenheid dat zij AWBZ-verzekerd dienen te zijn. Eerst in dit geval komen de kosten van de zorg voor vergoeding in aanmerking.

Bij de situaties b. (tijdens tijdelijk verblijf buiten Nederland aangewezen raken op AWBZ-zorg) en c. (met toestemming van de zorgverzekeraar behandeling in het buitenland inroepen omdat die behandeling gelet op de gezondheidstoestand in Nederland niet tijdig verkrijgbaar is) geldt een beperking tot maximaal een jaar.

Een dergelijke beperking hoeft niet uitdrukkelijk geregeld te worden. Reden om dit op te nemen is dat verzekerden na een langdurig verblijf in het buitenland (doorgaans bij een verblijf langer dan een jaar) niet meer verzekerd zullen zijn. Als iemand na een jaar niet meer verzekerd is bestaat er direct al geen recht meer en hoeft dit dan ook geen nadere regeling.

13. Conclusies

Hieronder staan de belangrijkste conclusies van het CVZ over de voorgestelde aanpassingen in de wet- en regelgeving rondom AWBZ-zorg in het buitenland:

- De voorgestelde wijzigingen vertonen meer samenhang dan het huidige stelsel aan regels;
- Contractering van zorgaanbod in het buitenland vindt thans niet of nauwelijks plaats. Of dit tot stand zal komen hangt sterk af van de initiatieven van verzekeraars;

- Een verheldering van de definitie van het instellingsbegrip is noodzakelijk;
- De voorwaarden die aan gecontracteerde buitenlandse instellingen gesteld worden moeten nader gepreciseerd worden;
- Nader onderzocht moet worden of de voorgestelde beperking van de vakantieperiode buiten Nederland tot vier weken in overeenstemming is met het Europees Verdrag;
- De voorgestelde beperkingen in het Besluit wachttijd BZ passen niet in het onderhavige maatregelenpakket;
- Voor het PGB dient geen minimumtermijn te worden opgenomen.

Eventuele bevindingen vanuit veldpartijen zullen worden nagezonden.

Hoogachtend,

dr. P.C. Hermans
Voorzitter Raad van Bestuur