

Vergaderjaar 2010–2011

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. 12

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 mei 2011

In de eerste termijn van de plenaire behandeling van het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland op 14 april jl. zijn door verschillende leden nog vragen gesteld die ik toen niet heb kunnen beantwoorden. Ik heb uw Kamer toegezegd deze vóór de tweede termijn schriftelijk te beantwoorden.

Termijnen

Alle fracties hebben opmerkingen gemaakt over de door mij voorgestelde termijnen waarbinnen verzekerden buiten Nederland nog zorg kunnen invoeren ten laste van de AWBZ. Mij is gebleken dat daar door de verschillende fracties gedifferentieerd over wordt gedacht. Naar aanleiding van het debat concludeer ik dat er twee hoofdlijnen zijn.

Door de fracties van de SP en de PvdA is de wens geuit dat mensen die in hun laatste levensfase verkeren, overeenkomstig de in Nederland geldende situatie, in de gelegenheid gesteld zouden moeten worden in alle rust in het land van herkomst afscheid van hun familie te nemen. Ik begrijp de achterliggende zorg voor deze wens en ik kan uw Kamer hierin tegemoetkomen.

Ik zal in de AMvB de uitzonderingssituatie opnemen dat verzekerden met een indicatiebesluit voor palliatief terminale zorg buiten Nederland ten laste van de AWBZ zorg kunnen invoeren.

Daarnaast is er de wens van de fracties van de VVD en PVV om de thans in de AMvB voorgestelde termijn van dertien weken gedurende welke een verzekerde die een indicatie heeft voor AWBZ-zorg op medisch verzorgde vakantie kan gaan, te verkorten. De fractie van het CDA heeft gevraagd wat de gevolgen van het wetsvoorstel zijn voor overwinteraars.

De door mij voorgestelde termijn van dertien weken is, gelet op de categorie van verzekerden die doorgaans gebruik maakt van AWBZ-zorg, gebaseerd op de arbeidsongeschiktheidsregelgeving. Mede gelet op dit uitgangspunt en de door de CDA-fractie gestelde vraag betreffende de gevolgen voor overwinteraars, geef ik er de voorkeur aan om deze termijn te handhaven. Indien uw Kamer een kortere termijn wenst stel ik voor aan te sluiten bij de termijn van vier weken die in de werkloosheidswetgeving is opgenomen en onlangs ook in de bijstandswetgeving is voorgesteld. Ik merk daarbij wel op dat ik binnen de vakantieregeling niet kan differentiëren. Of iemand met vakantie gaat of overwintert, is niet vast te stellen en ook binnen de regeling juridisch niet goed te formuleren. Het is dus óf dertien weken, óf vier weken voor de uitzonderingsgevallen waarvoor deze termijn is voorzien.

Zoals ik hierboven heb aangegeven zal ik in deze wijzigingen voorzien door deze op te nemen in de algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van artikel 10, derde lid, van het wetsvoorstel.

Mevrouw Leijten heeft in haar eerste termijn aangegeven dat zij een amendement overweegt waarbij deze termijnen in de wet worden opgenomen zodat niet buiten het zicht van uw Kamer de termijnen worden aangepast.

Het amendement dat mevrouw Leijten heeft ingediend, begrijp ik aldus dat de fracties wettelijk willen verankeren dat verzekerden gedurende een tijdelijk verblijf van maximaal 13 weken gebruik kunnen maken van zorg ook buiten het Europees deel van Nederland, de EU, de EER en Zwitserland, of die nu wel of niet gecontracteerd is. Voor gevallen van tijdelijk verblijf zou dan gecontracteerde zorg ook buiten Europa mogelijk blijven. Hoe zeer beperkt ook in tijd, staat dit toch haaks op de bedoeling van het wetsvoorstel, waarin het invoeren van gecontracteerde zorg buiten Europa niet langer mogelijk is. Voorts acht ik het minder juist om dergelijke termijnen in de wet op te nemen, omdat dit naar zijn aard meer thuishoort in lagere regelgeving, die ook eenvoudiger gewijzigd kan worden, als de omstandigheden daarom vragen.

In de AMvB wordt geregeld dat verzekerden met een indicatie voor AWBZ-zorg en verzekerden die bij tijdelijk verblijf spoedeisende zorg nodig hebben, die zorg ook bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders in het buitenland kunnen invoeren. Indien uw Kamer vreest dat u met deze constructie onvoldoende invloed heeft op de inhoud van de regeling AWBZ-zorg in het buitenland, wordt deze vrees goeddeels weggenomen door het amendement (nr. 10) van mevrouw Agema, op grond waarvan de algemene maatregel van bestuur, bedoeld in het wetsvoorstel, wordt voorgelegd aan beide kamers der Staten-Generaal, alvorens de voordracht daartoe wordt gedaan. Wel ben ik van mening dat deze voorhang beperkt zou moeten blijven tot wijziging van de termijnen gedurende welke zorg in het buitenland zorg kan worden ingeroepen (te stellen krachtens het derde lid, onderdeel b, van artikel 10). Ik heb het amendement zo begrepen, dat de intentie is dat het ook hiertoe beperkt blijft, maar de huidige redactie van het amendement is dan te ruim, omdat het ook regels omvat gesteld krachtens de onderdelen a en c van het derde lid van artikel 10.

Met de intentie van dit amendement wordt zowel recht gedaan aan de wens van uw Kamer om te worden gehoord over de termijn van aanspraken bij AWBZ-zorg in het buitenland, en wordt tevens recht gedaan aan de bedoeling die de regering met dit wetsvoorstel heeft, namelijk gecontracteerde zorg zoveel mogelijk in Nederland en alleen als dat van «Europa» moet, ook binnen de EU, EER en Zwitserland. Daarbuiten kan uitsluitend in bijzondere omstandigheden niet-gecontracteerde zorg worden ingeroepen.

Vergoedingen en aanvaardbaarheidspercentages

Ik stel mij voor de vergoeding van de buiten Nederland te verlenen zorg te baseren op de door de buitenlandse zorgverlenende instelling in rekening gebrachte kosten, tot een maximum van het in Nederland voor de desbetreffende zorg geldende tarief. Deze vergoedingsmodaliteit is in overeenstemming met de Richtlijn 2011/24/EU van het Europees Parlement en de Raad van 9 maart 2011, betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (EU-patiëntenrichtlijn).

Voor de pgb's houd ik vast aan de aanvaardbaarheidspercentages. Mevrouw Agema heeft in dit verband de suggestie gedaan om de vergoeding voor AWBZ-zorg in het buitenland te relateren aan de aanvaardbaarheidspercentages die voor uitbetaling van het pgb in het buitenland zijn vastgesteld. Omdat ik het niet wenselijk vind op voorhand administratieve belasting voor de zorgverzekeraars te laten ontstaan voor een probleem dat zich nog niet heeft geopenbaard, wil ik eerst bezien hoe de uitvoering zich ontwikkelt, alvorens nadere maatregelen te overwegen. Wel zal ik de zorgverzekeraars vragen de in rekening gebrachte tarieven goed te monitoren en mij te informeren indien er aanwijzingen zijn dat de in rekening gebrachte tarieven, bijvoorbeeld gelet op het niveau van de salarissen in het desbetreffende land, niet reëel kunnen zijn.

Onderaanneming

Mevrouw Leijten heeft gevraagd hoe in het kader van dit wetsvoorstel constructies als die van onderaanneming kunnen worden voorkomen. Het gaat hierbij om Nederlandse instellingen die zorg leveren in een dependance van die instelling of in een door die instelling gecontracteerde aanbieder in het buitenland. In dergelijke gevallen is de Nederlandse zorginstelling de aanbieder. Daarvoor worden met toepassing van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de Nederlandse tarieven in rekening gebracht, terwijl de kosten van die buitenlandse dependance of instelling (denk aan salarissen van zorgpersoneel) niet op Nederlands niveau liggen. Het verschil is winst voor de Nederlandse instelling. Ik wijs er in dat verband op dat dit geld in de zorg hoort te blijven. Op grond van artikel 5, tweede lid, van de Wtzi en het daarop gebaseerde uitvoeringsbesluit kunnen toegelaten AWBZ-instellingen immers geen winstuitkeringen doen.

Ik heb onderzocht of het mogelijk is om te bepalen dat alleen aanspraak bestaat op zorg die is gecontracteerd en geleverd binnen het grondgebied van het land van vestiging van de gecontracteerde instelling. Ik ben echter tot de conclusie gekomen dat een dergelijke maatregel ten aanzien van instellingen die gevestigd zijn binnen het grondgebied van Europa, waar de vrijverkeersbepalingen gelden, Europeesrechtelijk kwetsbaar is. Een dergelijke maatregel beperkt immers de mogelijkheid voor zorgaanbieders om te contracteren met aanbieders die zijn gevestigd in een ander EU-land. Zo'n beperking is ten aanzien van die instellingen alleen mogelijk indien er een Europeesrechtelijk acceptabele rechtvaardigingsgrond voor is. Dat staat in laatste instantie ter beoordeling aan het Europese Hof van Justitie. Door het Hof erkende rechtvaardigingsgronden zijn: gevaar voor de volksgezondheid en ernstige verstoring van het organisatorische evenwicht (planning) en het financieringsevenwicht in een lidstaat als zorg die is verleend in een andere lidstaat moet worden vergoed. Daarnaast mag de maatregel niet verder gaan dan objectief noodzakelijk is voor de verwezenlijking van het nagestreefde doel en het resultaat niet door minder beperkende regels kan worden bereikt. Naar mijn mening doet zich geen van deze rechtvaardigingsgronden voor.

Een dergelijke constructie kan zich ook voordoen in het geval een (buiten Nederland) in een andere EU-lidstaat gecontracteerde en gevestigde zorginstelling de zorg zou laten verlenen in een andere EU-lidstaat. De Wmg is niet van toepassing op die buitenlandse zorginstelling. De zorgverzekeraar heeft derhalve de vrijheid én de ruimte om met de betreffende buitenlandse aanbieder te onderhandelen over het tarief, en dat af te stemmen op de kosten in het land waar de zorg feitelijk wordt verleend.

Ten aanzien van instellingen die buiten «Europa» zorg willen doen verlenen, neem ik met de derde nota van wijziging in de voorgestelde wet een bepaling op die ertoe strekt dat geleverde zorg alleen dan een aanspraak is als deze is gecontracteerd *en geleverd* binnen het grondgebied van het Europese deel van Nederland, van een lidstaat van de EU of EER of Zwitserland. Onderaanneming gaat immers uit van contracteren. Ingevolge het wetsvoorstel hoort zorg die is verleend door een instelling buiten de EU, de EER of Zwitserland, niet meer tot de AWBZ-aanspraken. Dat geldt ook voor zorg die wordt verleend door een gecontracteerde instelling in Nederland of in een van de EU- en EER-lidstaten of Zwitserland, die zijn zorg feitelijk levert in een land daarbuiten.

Kwaliteitscontrole

De PVV-fractie heeft gevraagd hoe de zorg in het buitenland kan worden gecontroleerd. In de eerste termijn heb ik uitgelegd dat ik geen bevoegdheid heb om kwaliteitseisen te stellen aan instellingen buiten Nederland, maar afhankelijk ben van de wetgeving en toezicht op dat gebied van het andere land. Buiten Europa kan niet langer gebruik worden gemaakt van gecontracteerde zorg. Ik kan dan ook op dit gebied geen aanvullende maatregelen treffen. Overigens geeft in dit verband de nieuwe definitie van het begrip «instelling» in de AWBZ houvast; het gaat daarbij om een rechtspersoon die ingevolge de wetgeving van het land van vestiging bevoegd is zorg te verlenen. Het is aan de zorgverzekeraar zich ervan te vergewissen dat de instelling die de zorg heeft verleend ook een instelling is die de bedoelde zorg mag leveren.

Kosten buitenland onder de contracteerruimte

Mevrouw Agema heeft voorts gevraagd in te gaan op de onderlinge verhouding tussen de (in Nederland geldende) contracteerruimte en de declaraties die zorgverzekeraars indienen bij het AFBZ voor verleende zorg in het buitenland. Per 1 januari 2010 is via de aanwijzing contracteerruimte 2010 erin voorzien dat de kosten buitenland structureel werden toegevoegd aan de contracteerruimte, waarna deze kosten ad € 17 miljoen deel uitmaken van het totale uitgavenkader AWBZ. Deze regeling betekent dat de kosten die in het buitenland voor de AWBZ worden gemaakt en door de zorgverzekeraars worden gedeclareerd bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, boven het beschikbare bedrag van € 17 miljoen in mindering worden gebracht op de contracteerruimte voor de zorgkantoren. Daardoor zijn de eventueel hogere kosten buitenland direct van invloed op het bedrag dat de zorgkantoren kunnen besteden aan AWBZ-zorg binnen Nederland. Dit bedoelde ik met mijn opmerking dat het «communicerende vaten» zijn.

Export pgb voor verzekerden in het buitenland

Mevrouw Wolbert heeft gevraagd waarom ik in het kader van dit wetsvoorstel niet heb voorzien in export van pgb naar AWBZ-verzekerden die in het buitenland wonen, zoals grensarbeiders.

Het pgb is thans gebaseerd op een subsidieregeling, op grond waarvan zorgkantoren aan verzekerden woonachtig in hun regio, pgb's kunnen toekennen. Verzekerden die in het buitenland wonen kunnen ingevolge de huidige regeling geen gebruik maken van het pgb, omdat zij niet in een zorgkantoorregio wonen. In het regeerakkoord is afgesproken dat het pgb wettelijk geregeld zal gaan worden. In dat kader zal ik de onderhavige kwestie nader bezien. Zowel het wettelijk regelen van het pgb als vorm van verstrekking (een budget dat aan zorg moet worden besteed) als het wettelijk regelen van het pgb in de vorm van een uitkering (een budget waarover geen verantwoording moet worden afgelegd) heeft namelijk Europeesrechtelijke gevolgen voor verdragsgerechtigden die niet AWBZ-verzekerd zijn, zowel voor Nederlanders in het buitenland als buitenlanders in Nederland. Ik wil daarop niet vooruit lopen door nu al een dergelijke wijziging in de subsidieregeling aan te brengen.

Privéklinieken

Mevrouw Leijten heeft gevraagd om de Europese Commissie te vragen of Nederland de kosten van privéklinieken mag uitzonderen van vergoeding ten laste van de AWBZ. In het arrest Stamatalaki zegt het Europese Hof van Justitie dat het recht van patiënten op medische zorg zich ook uitstrekt tot zorg in een particuliere zorginstelling. Ook de Europese Commissie zal zich bij de beantwoording van een dergelijke vraag op dit arrest baseren. Ik teken echter hierbij aan dat hierover pas absolute zekerheid kan bestaan als het Europese Hof van Justitie heeft geoordeeld. Dat is dan ook de reden waarom ik in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel heb gesteld dat uitsluiting van privéklinieken «waarschijnlijk» op Europeesrechtelijke bezwaren stuit. De ervaring heeft geleerd dat ook de Europese Commissie bij de beantwoording van gestelde vragen deze slag om de arm pleegt te houden. Daarnaast merk ik nog op dat het nieuwe instellingsbegrip in de AWBZ en de Zvw aansluit bij het begrip «zorgaanbieder» zoals dat is gedefinieerd in de EU-patiëntenrichtlijn.

Gelet op het voorgaande acht ik het voorleggen van de bedoelde vraagstelling aan de Europese Commissie niet heel zinvol. Indien uw Kamer echter persisteert, zal ik mij hiertegen niet verzetten, maar wil ik er in dat geval wel op aandringen dat de vraagstelling de voortgang van het wetsvoorstel niet ophoudt. Indien de beantwoording door de Commissie zou leiden tot een aanpassing van het instellingsbegrip zal ik dat in een ander wetgevingstraject meenemen.

Wachttijdregeling AWBZ

Mevrouw Venrooy en mevrouw Agema hebben vragen gesteld over de wachttijdregeling.

Hierbij gaat het om mensen die terugkeren naar Nederland of die zich voor het eerst in Nederland vestigen en verzekerd worden voor de AWBZ omdat ze hier komen wonen.

De regeling, zoals deze sinds 1992 wordt toegepast, houdt in dat iemand voor elk jaar dat hij niet verzekerd is geweest, tot een maximum van twaalf maanden, geen vergoeding van AWBZ-zorg krijgt. De zorg zelf wordt uiteraard wel gegeven als iemand die nodig heeft. De kosten daarvan moet men zelf betalen.

Omdat vreemdelingen van de regeling zijn uitgezonderd, komt het er in de praktijk op neer dat alleen de mensen die terugkeren naar Nederland (en eerder verzekerd zijn geweest) met deze wachttijd te maken hebben. De regering vindt dit onderscheid tussen groepen verzekerden niet langer gewenst en ook niet langer gerechtvaardigd. Vreemdelingen die zich in Nederland vestigen zullen, net als terugkerende Nederlanders onder de huidige regeling, ook onder de wachttijdregeling vallen.

Een uitzondering op de wachttijd blijft bestaan voor de «uitgenodigde vluchteling». Uitgenodigde vluchtelingen zijn mensen die vaak al jaren in vluchtelingenkampen leven en niet terug kunnen naar het land van herkomst. Een deel van hen heeft medische problemen of is anderszins kwetsbaar. In internationaal verband zijn afspraken gemaakt om een bepaald aantal uitgenodigde vluchtelingen naar veilige landen te halen. Nederland neemt van 2008 tot en met 2011 per jaar gemiddeld 500 uitgenodigde vluchtelingen op. De bestemmingen worden vastgesteld in overleg met de UNHCR en de landen die het programma ondersteunen. Het Ministerie voor Immigratie en Asiel heeft aangegeven dat de uitgenodigde vluchteling deel uitmaakt van de groep vreemdelingen aan wie een «verblijfsvergunning asiel» wordt verleend en dat hierbinnen geen onderscheid kan worden aangebracht. Voor de vreemdeling met deze verblijfsstatus staat vast dat aan hem bescherming tegen vervolging en/of andere bepaalde onverantwoorde risico's bij terugkeer naar het land van herkomst dient te worden geboden. Het effect van de wachttijd voor vreemdelingen met een «verblijfsvergunning asiel» is verwaarloosbaar. Voordat iemand de verblijfsstatus asiel verkrijgt, is in de regel de termijn van twaalf maanden al vele keren overschreden. Voorts ziet de regering geen reden de wachttijd nog langer te beperken tot intramurale zorg. In de praktijk is een tendens waarneembaar waarbij intramurale zorg meer en meer wordt vervangen door andere vormen van zorg («substitutiezorg»).

Naar mijn mening heb ik hiermee alle vragen die in de eerste termijn zijn gesteld en waarop ik had aangegeven terug te zullen komen, beantwoord. Uiteraard ben ik graag bereid indien uw Kamer dat wenst de antwoorden nader toe te lichten.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner