

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. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

ALGEMEEN

Om de houdbaarheid van de AWBZ ook op langere termijn in financieel opzicht te borgen, treft het kabinet verscheidene maatregelen. Zo is onder meer met ingang van 1 januari 2009 een beperking van het pakket, namelijk de herziening van de functie begeleiding, doorgevoerd. Het onderhavige wetsvoorstel met de bijbehorende lagere regelgeving behelzen aanscherping van de regelgeving en beperkingen in de huidige mogelijkheden om in het buitenland zorg ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te genieten, alsmede een beperking van de mogelijkheid voor vreemdelingen om ten laste van de AWBZ in Nederland zorg in te roepen.

De maatregelen die met dit wetsvoorstel worden voorgesteld strekken er niet zozeer toe om een kostenbesparing te realiseren ten opzichte van het kostenniveau van het huidige uitgavenpatroon, als wel om te voorkomen dat zich in de toekomst moeilijk beheersbare en moeilijk controleerbare ontwikkelingen op dit gebied gaan voordoen. In de praktijk blijkt namelijk dat als gevolg van de huidige, ruime vergoedingsmogelijkheden in de AWBZ van in het buitenland verleende zorg, er aanbod ontstaat van zorgaanbieders in het buitenland en een daarmee samenhangende vraag zowel van AWBZ-verzekerden als van instellingen die in het buitenland zijn (en worden) gevestigd, om financiering van die zorg uit – schaarse – Nederlandse AWBZ-middelen.

Vanuit de overweging dat het gaat om besteding van publieke middelen acht de regering het van groot belang dat de collectieve middelen die zijn gemoeid met de uitvoering van de AWBZ uit zorgtechnisch- en kosten-oogpunt op de best mogelijke wijze worden aangewend. Overzichtelijke en duidelijke regelgeving draagt hieraan bij.

De minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben de beleidsvisie van het kabinet over AWBZ-zorg in het buitenland op 18 september 2007 naar de Tweede Kamer gezonden¹. Deze beleidsvisie is geformuleerd in antwoord op de schriftelijke vragen van de Tweede Kamer over het Rapport «AWBZ-zorg in het buitenland: Hoe globaal is ons zorgstelsel» van 24 mei 2007². Dat rapport bevat een inventarisatie van de mogelijkheden om onder de vigerende wetgeving ten laste van de AWBZ, zorg in het buitenland te krijgen, de wijze waarop de

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

² Kamerstukken II, 2006/07, 30 597, nr. 8.

financiering plaatsvindt en een aantal aanbevelingen met het oog op een betere beheersing zowel van het aanbod als van de financiering van AWBZ-zorg in het buitenland.

In de beleidsvisie is neergelegd welke maatregelen het kabinet voor ogen staan in het kader van AWBZ-zorg in het buitenland. De Tweede Kamer is toegezegd dat de wet- en regelgeving met deze beleidsvisie in overeenstemming zal worden gebracht.

Ook in de brief van 13 juni 2008, waarin de toekomstvisie AWBZ aan de Tweede Kamer is uiteengezet¹, is melding gemaakt van de beleidsvisie inzake de AWBZ-zorg in het buitenland. Het voorliggende wetsvoorstel is een uitwerking van deze beleidsvisie.

Noodzaak van de maatregelen

Financieringsaspecten

In de voorgenoemde beleidsvisie is aangegeven dat inzicht dient te bestaan in de kosten die gemoeid zijn met AWBZ-zorg in het buitenland en de consequenties die dat heeft voor de totaal beschikbare middelen voor AWBZ-zorg.

Een afweging van nut en noodzaak bij de te verlenen AWBZ-zorg, zoals die tot uitdrukking komt in het contracteerbeleid van een zorgkantoor met zorgaanbieders in Nederland, binnen het kader van het financiële budget dat een zorgkantoor in Nederland ter beschikking staat, bestaat niet voor het verlenen van AWBZ-zorg in het buitenland. De beslissing tot het verlenen van zorg in het buitenland ligt namelijk noch organisatorisch, noch financieel bij het voor zorgverlening in Nederland verantwoordelijke zorgkantoor, maar bij de individuele zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars werken in dit verband echter niet binnen het kader van een tevoren toegekend budget maar op declaratiebasis ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ).

Doordat de verlening van zorg in het buitenland plaatsvindt buiten de reguliere organisatorische en financiële kaders die gelden voor de zorgverlening in Nederland, kunnen met een zekere regelmaat situaties ontstaan waarbij het publiek en de politiek zich afvragen of het verlenen van zorg in het buitenland allemaal wel nodig is en of het niet wat minder kan, gelet op beperkte middelen die beschikbaar zijn voor de zorgverlening in Nederland. Ook dit geeft naar de mening van de regering aan dat de huidige wettelijke kaders te veel ruimte openlaten om met overtuiging te kunnen stellen dat de collectieve middelen die zijn gemoeid met de uitvoering van de AWBZ uit zorgtechnisch- en kostenooqpunt op de best mogelijke wijze worden aangewend. Dit is in economisch voorspoedige tijden al van belang, maar klemmt te meer in een tijdsgewricht waarin druk ontstaat tot collectieve lastenvermindering.

De financiering van AWBZ-zorg in het buitenland is niet eenduidig en transparant geregeld en verloopt via verschillende kanalen. Kosten komen gedeeltelijk ten laste van het AFBZ (de kosten op grond van de nationale Nederlandse wetgeving) en gedeeltelijk ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) van de Zorgverzekeringswet (kosten gemaakt met toepassing van de Verordening of een verdrag). Het gevolg hiervan is dat onvoldoende duidelijk is welke kosten voor AWBZ-zorg in het buitenland worden gemaakt en om welke reden.

Betaling van in het buitenland verleende AWBZ-zorg op grond van de Nederlandse wetgeving verloopt via de zorgverzekeraar en wordt door deze op declaratiebasis ten laste gebracht van het AFBZ. Betaling van in het buitenland verleende AWBZ-zorg op grond van de Verordening of een verdrag vindt plaats via het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) ten laste van het Zvf. Betaling van in Nederland verleende AWBZ-zorg verloopt via het zorgkantoor vanuit het regiobudget.

¹ Kamerstukken II 2007/08, 30 597, nr. 15.

De belangrijkste kosten buitenland zoals die door de zorgverzekeraars ten laste van de AWBZ worden gebracht zijn de volgende (bedragen x 1 miljoen):

	Kosten bij wonen	Kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland*	Totaal
2006	€ 13,2	€ 6,7	€ 19,9
2007	€ 11,0	€ 7,4	€ 18,4

* De kosten bij wonen in het buitenland betreffen nagenoeg alleen de kosten van de overgangsregeling AWBZ-zorg in het buitenland

Daarnaast is er een financieringsstroom op grond van internationale verdragen en de Europese sociale zekerheidsverordening. In beginsel is er voor AWBZ-zorg in dit verband geen afzonderlijke registratie want alle kosten die op grond van internationale verdragen of de verordening in het buitenland worden gemaakt ten behoeve van Nederlandse verzekerd worden ten laste gebracht van het Zvf. Hierop geldt slechts een afwijking wat betreft de categorie grensarbeiders en hun gezinsleden. Van de zorgkosten die in het kader van internationale regelingen voor deze categorie rechthebbenden aan Nederland worden aangerekend, wordt forfaitair 30% ten laste gebracht van het AFBZ. Wanneer deze toedeling op overeenkomstige wijze wordt toegepast op de totale zorgkosten in het kader van internationale regelingen (€ 216,5 miljoen) dan is er een bedrag van circa € 65 miljoen gemoeid met AWBZ-zorg in het buitenland. Samengeteld met de hierbovengenoemde kosten wordt in het buitenland aldus ruim € 84 miljoen per jaar aan AWBZ-zorg verleend (uitgavenniveau 2007).

Zoals hierboven is aangegeven is het wetsvoorstel vooral bedoeld om te voorkomen dat de AWBZ-uitgaven in het buitenland in de toekomst zullen stijgen omdat er momenteel vrijwel geen wettelijke belemmering bestaat voor het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland.

De genoemde maatregelen zullen ten opzichte van het huidige uitgavenniveau van AWBZ-kosten in het buitenland (circa € 18 miljoen) op korte termijn naar verwachting leiden tot een geringe kostenbesparing. De omvang daarvan kan slechts bij benadering worden ingeschat aangezien er een weinig gedetailleerde registratie is van de in buitenland verstrekte zorg. Het is evenwel niet realistisch te veronderstellen dat geen enkele kostenbesparing zal worden gerealiseerd; uit de maatregelen volgt immers een beperking van aanspraken in tijd en omvang. Op basis van enkele veronderstellingen kan de volgende besparing worden berekend. Uitgegaan wordt van een huidig kostenniveau van AWBZ-zorg in het buitenland van circa € 18 miljoen. Aangenomen wordt dat éénderde deel daarvan kosten buiten Europa betreft. Voorts wordt aangenomen dat de meerderheid van de verzekerden de zorg, omdat het noodzakelijke, geïndiceerde zorg betreft, alsnog in Nederland zal inroepen (€ 4 miljoen). Van het restant is de veronderstelling dat daarvan de helft spoedeisende zorg (die gewoon vergoed blijft worden) betreft. Dan resteert een besparing van mogelijk € 1 miljoen.

In de voornoemde beleidsvisie is aangegeven dat inzicht dient te bestaan in de kosten die gemoeid zijn met AWBZ-zorg in het buitenland en de consequenties die dat heeft voor de totaal beschikbare middelen voor AWBZ-zorg.

Op dit moment zijn er – afgezien van de verdragsbekostiging die via het Zvf gaat – twee geldstromen: de zorg binnen Nederland wordt bekostigd via de zorgkantoren binnen de contracteerruimte en de zorg buiten Nederland wordt bekostigd via de zorgverzekeraars op declaratiebasis bij het AFBZ.

Indien zorgverzekeraars voor de uitvoering van de AWBZ financieel verantwoordelijk zouden zijn, zou een mechanisme bestaan waarmee kostenbeheersing van de in het buitenland gemaakte kosten gewaarborgd is. Immers, hierdoor ontstaat voor de individuele zorgverzekeraar een direct verband tussen aanspraken en uitgaven en de in het buitenland gemaakte kosten en daarmee de gewenste kostenprikkel.

De mogelijkheid is onderzocht om de kostenbeheersing te realiseren door de kosten van AWBZ-zorg in het buitenland binnen de budgetten te brengen die aan de zorgkantoren worden toegekend, waardoor deze kosten onderdeel uitmaken van de totale contracteerruimte. Dat zou betekenen dat zorgkantoren in plaats van de individuele zorgverzekeraars zeggenschap zouden moeten krijgen bij de uitvoering van de AWBZ-zorg in het buitenland ten aanzien van individuele verzekerden. De bedoeling hiervan is ondubbelzinnig: zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen het AWBZ-geld maar één keer uitgeven, naar keuze aan al dan niet gecontracteerde zorg in binnen of buitenland. Wat wordt uitgegeven in het buitenland wordt in mindering gebracht op wat er aan AWBZ-zorg binnen Nederland wordt uitgegeven. Daartoe is wijziging van de wet noodzakelijk. De NZa heeft evenwel aangegeven dat een omvangrijke wijziging van de financieringsstructuur in de hierboven aangeduide zin op dit moment niet opportuun is. Om tegemoet te komen aan de in de beleidsvisie neergelegde wens te komen tot een inzichtelijke kostenstroom en beheersing van de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland heeft de NZa een alternatief aangedragen dat erin voorziet een koppeling te leggen tussen de in het buitenland verleende zorg en de contracteerruimte. Dat betekent voor de zorgkantorregio's dat bij een stijging van de kosten in het buitenland er minder overblijft voor de contracteerruimte voor de zorgkantorregio's. Deze alternatieve maatregelen zullen worden overgenomen in de Aanwijzing contracteerruimte AWBZ 2010 en door de NZa worden opgenomen in de bijbehorende beleidsregels.

Gelet op het advies van de NZa en de overweging dat de regering het niet dienstig vindt vooruit te lopen op toekomstige ontwikkelingen in de AWBZ is besloten om ten aanzien van het financieringsaspect uitvoering te geven aan het voorstel van de NZa. De regering voorkomt hiermee dat mogelijk binnen een kort tijdsbestek twee haaks op elkaar staande wettelijke regelingen tot stand komen. De regering is zich ervan bewust dat door deze keuze de financieringsmaatregelen niet aan parlementaire beoordeling zullen zijn onderworpen. Tegelijkertijd tekent zij daarbij aan dat indien wordt besloten zorgverzekeraars voor de uitvoering van de AWBZ financieel verantwoordelijk te maken, het parlement alle gelegenheid krijgt zich over de dan te wijzigen financieringsstructuur te buigen. Op dat moment zullen de kosten buitenland immers niet meer in de Aanwijzing contracteerruimte AWBZ zijn opgenomen.

De regering is zich ervan bewust dat de aanpassing van de financieringsstructuur van de AWBZ-zorg in het buitenland op de door de NZa voorgestelde wijze door het makrokarakter ervan niet bijdraagt aan door individuele zorgverzekeraars te dragen financiële verantwoordelijkheid. Wel zal van de maatregel een remmende werking kunnen uitgaan. Immers, wanneer bepaalde zorgverzekeraars onevenredig veel geld uitgeven aan AWBZ-zorg in het buitenland, die leidt tot neerwaartse aanpassing van de binnenlandse uitgaven, zullen deze verzekeraars door de zorgkantoren worden aangesproken de nodige maatregelen te nemen. Omdat deze prikkel onvoldoende is om de door de regering gewenste kostenbeheersing te realiseren, is het nodig maatregelen in de aansprakensfeer te treffen teneinde te voorkomen dat het hierboven geschetste risico van onbeheersbare groei van de buitenlanduitgaven zal plaatsvinden.

Aanspraken

Tot op heden zijn de mogelijkheden om naar het buitenland te gaan voor het invoeren van AWBZ-zorg vrijwel onbeperkt. De kosten daarvan worden op declaratiebasis uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten vergoed. De bestaande regelgeving maakt het mogelijk dat waar ook ter wereld zorg kan worden ingeroepen bij gecontracteerde instellingen. Voor het invoeren van niet-gecontracteerde zorg kan wereldwijd door de zorgverzekeraar toestemming worden verleend indien dat voor de medische verzorging van betrokkene noodzakelijk is. Het invoeren van extramurale zorg binnen het grondgebied van de Europese Economische Ruimte is vrij, sedert het Europese Hof van Justitie daarover in de zaken C-158/96 en C-120/95 (Kohll en Decker) uitspraak heeft gedaan, en verder heeft verijnd in het arrest in de zaak C-385/99 (Müller-Fauré en Van Riet). Het Hof oordeelde dat lidstaten in beginsel vrij zijn wat betreft de wijze waarop zij hun stelsel van sociale zekerheid inrichten, maar dat zij daarbij wel rekening moeten houden met de bepalingen uit het EG-verdrag. Lidstaten mogen hun stelsels niet zodanig inrichten dat deze een directe of indirecte belemmering vormen voor het vrij verkeer van personen, goederen en diensten. Het Hof is van oordeel dat artikel 49 van het EG-verdrag zich verzet tegen een nationale regeling die vergoeding van in een andere lidstaat gemaakte medische kosten afhankelijk stelt van voorafgaande toestemming als daardoor de sociaal verzekerde wordt afgeschrikt of belet om zich tot een dienst in een andere lidstaat te wenden, tenzij de hieruit voortvloeiende belemmering van het vrije verkeer van diensten kan worden gerechtvaardigd. In het arrest Kohll en Decker oordeelde het Hof dat een regeling die vergoeding van kosten van zorg die in een andere lidstaat wordt ingeroepen afhankelijk stelt van voorafgaande toestemming van het ziekenfonds, als een belemmering van het vrij verkeer van goederen en diensten moet worden beschouwd. Deze belemmering kan evenwel gerechtvaardigd zijn als het toestemmingsvereiste noodzakelijk is voor een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg. Die rechtvaardigingsgrond is ten aanzien van extramurale zorg niet aanwezig, oordeelde het Hof in het arrest Müller-Fauré.

Wat het invoeren van intramurale zorg bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders betreft, hetgeen ingevolge de nationale wetgeving aan de voorwaarde van voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar is gebonden, heeft het Hof in de zaak C-157/99 Geraets-Smits/Peerbooms geoordeeld dat het vereiste van voorafgaande toestemming niet in strijd is met met de bepalingen betreffende het vrij verkeer van diensten, onder voorwaarde dat toestemming alleen uit hoofde van het ontbreken van een medische noodzaak kan worden geweigerd, wanneer bij een instelling waarmee de zorgverzekeraar van een verzekerde een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of voor de patiënt even doeltreffende behandeling kan worden verkregen.

Door deze ruime regelgeving in de AWBZ ten aanzien van de mogelijkheden om in het buitenland zorg in te roepen, is een tendens zichtbaar dat (Nederlandse) organisaties in het buitenland instellingen opzetten in de verwachting dat AWBZ-verzekerden bij deze instellingen zorg kunnen invoeren. Het ministerie ontvangt met enige regelmaat verzoeken van deze strekking. Het lijkt er op dat het dan niet meer zozeer gaat om het bij de cliënt zoeken van de geschikte zorg, maar eerder andersom: het bij de instelling zoeken van de geschikte cliënt met bijbehorende financiering. Het aanbieden van onroerend goed in het buitenland met als verkoopargument dat de noodzakelijke zorg ter plaatse geleverd kan worden ten laste van de AWBZ, is een ander – soortgelijk – signaal.

Waar thans nauwelijks in het buitenland wordt gecontracteerd door zorgverzekeraars kan dat in de (nabije) toekomst veranderen door het toene-

mende aanbod van in het buitenland gevestigde instellingen (gepaard gaand aan een toenemende vraag van AWBZ-verzekerden die worden gelokt door aantrekkelijke brochures in een zonnig buitenland). De regering acht dit om een aantal redenen een onwenselijke ontwikkeling. In de eerste plaats is uitgangspunt van de AWBZ dat zorg wordt georganiseerd en gefinancierd in Nederland omdat dat de plaats is waar de klant, de AWBZ-verzekerde, zich doorgaans bevindt. Doelstelling van de AWBZ is immers het ten behoeve van de gehele Nederlandse bevolking bieden van langdurige zorg aan kwetsbare mensen met chronische aandoeningen en beperkingen.

Dit uitgangspunt strookt met de beleidslijn die vorm heeft gekregen met de inwerkingtreding op 1 januari 1999 van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999. Daarmee is het standpunt ingenomen dat de Nederlandse regering verantwoordelijkheid kan hebben jegens mensen die in Nederland wonen, maar in beginsel niet jegens hen die Nederland metterwoon hebben verlaten.

Deze beleidslijn is bevestigd met de inwerkingtreding van de Wet van 22 december 2005, houdende wijziging van enige sociale verzekeringswetten in verband met de beëindiging van de verzekeringsplicht van in het buitenland wonende uitkeringsgerechtigden¹.

Op het uitgangspunt dat alleen in Nederland zorg kan worden geleverd dient een uitzondering te worden gemaakt in verband met de hierboven aangehaalde Europese regelgeving.

Daarnaast is in het verleden al gebleken dat zorgverlening in het buitenland in verband met lastiger uit te voeren toezicht en controle, fraudegevoelig blijkt te zijn. Door een Nederlandse zorgverzekeraar is in het verleden al eens gerapporteerd dat niet alleen aan de kant van sommige cliënten wordt gefraudeerd met rekeningen, maar ook aan de kant van sommige instellingen die creatief met indicatiestellingen en declaraties omgaan. De regering brengt in dit verband in herinnering dat dit fraudeaspect een van de redenen was waarom bij de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006 de vrijwillige AWBZ-verzekering niet gehandhaafd is.

Daarnaast wordt AWBZ-geld in het buitenland uitgegeven waar dat in Nederland ook goed besteed zou zijn. Gelet op een gemiddelde uitgave van ruim € 50 000 per jaar per verzekerde bij verblijf in een AWBZ-instelling, is het duidelijk dat het gaat om een -moeilijk controleerbare- uitgavenpost die tot grote omvang kan toenemen, zeker gelet op de gesignaleerde ontwikkelingen.

De regering beoogt met het voorliggende wetsvoorstel de verlening van AWBZ-zorg in het buitenland beter in de hand te houden door deze in aanvulling op de zorgverlening in Nederland slechts toe te staan in gevallen waarin dat binnen Europa gelet op de vrijverkeersbepalingen van het EG-verdrag geboden en buiten Europa noodzakelijk is en dit strakker te reguleren dan tot op heden het geval is geweest. Het wetsvoorstel voorziet daartoe in de navolgende maatregelen.

Gecontracteerde zorg ten laste van de AWBZ kan niet langer wereldwijd, maar alleen in Nederland en – ingevolge de bovengenoemde Europese vrijverkeersbepalingen op grond waarvan de lidstaten hun stelsels van sociale ziektekostenverzekering niet zodanig mogen inrichten dat deze een directe of indirecte belemmering vormen voor het vrije verkeer van personen, goederen en diensten – binnen de EU/EER² worden verkregen. Om gecontracteerd te kunnen worden moet een rechtspersoon instelling zijn in de zin van de AWBZ. Het huidige instellingsbegrip in de AWBZ ten aanzien van in het buitenland gevestigde rechtspersonen, dat als instelling aanmerkt de in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel, dan wel zich richt op verlenen van zorg

¹ Stb. 2005, 718.

² Dit zijn: de lidstaten van de Europese Unie en de lidstaten behorende tot de Europese Economische Ruimte (Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland.

aan specifieke groepen van publieke functionarissen, is Europeesrechtelijk kwetsbaar in het licht van de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in de zaak C-444/05 (Stamatalaki). Het Hof heeft in die zaak voor recht verklaard, dat artikel 49 van het EG-verdrag in de weg staat aan een wettelijke regeling van een lidstaat, die elke vergoeding door een nationaal socialezekerheidsorgaan van de uitgaven voor ziekenhuisverpleging van haar verzekerden in particuliere instellingen voor gezondheidszorg die in een andere lidstaat zijn gevestigd, uitsluit. Naar aanleiding van dat arrest wordt de definitie van het instellingsbegrip voor buitenlandse instellingen in de AWBZ verruimd tot instellingen die op grond van de wetgeving in het land waar de instelling gevestigd is, rechtmatig gezondheidszorg verstrekken.

Extramurale zorg kan op grond van de eerder aangehaalde jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie overal op het grondgebied van de EU/EER worden ingeroepen.

In andere gevallen kan zorg in het buitenland alleen worden ingeroepen in de navolgende omstandigheden:

- mensen die met toestemming van hun zorgverzekeraar behandeling in het buitenland inroepen omdat die behandeling gelet op hun gezondheidstoestand in Nederland niet of niet tijdig verkrijgbaar is (maximaal één jaar);
- mensen die in het buitenland wonen wegens hun werk en die op grond daarvan verzekerd zijn gebleven (onbeperkt);
- mensen die al een AWBZ-indicatie hebben en op vakantie gaan (maximaal dertien weken);
- mensen die tijdens tijdelijk verblijf buiten Nederland aangewezen raken op AWBZ-zorg (in beginsel maximaal dertien weken);

Tenslotte wordt de Regeling subsidies AWBZ (persoonsgebonden budget; pgb) aangescherpt in situaties dat verzekerden met een pgb in het buitenland verblijven. De periode wordt bij tijdelijk verblijf in het buitenland beperkt tot dertien weken.¹

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

In het kader van dit dossier wordt, naast de reeds genoemde maatregelen, een aanvullende maatregel getroffen die niet zozeer is gericht op het beperken van AWBZ-gefinancierde zorg in het buitenland, als wel op het beperken van AWBZ-gefinancierde zorg aan vreemdelingen in Nederland. Daartoe wordt een wijziging gebracht in de categorieën van personen voor wie een wachttijd geldt voor intramurale zorg. De wachttijd geldt voor intramurale zorg waarvan bij aanvang van de verzekering al vaststaat dat deze nodig is of naar redelijkerwijs te verwachten dat die binnen afzienbare tijd nodig zal zijn. De wachttijd bedraagt een maand voor elk jaar dat men niet verzekerd is geweest met een maximum van 12 maanden.

Daarmee worden, voor de toepassing van de AWBZ-wachttijdregeling, in deze regeling vreemdelingen die zich in Nederland willen vestigen, gelijkgesteld met Nederlanders die naar Nederland terugkeren. Thans zijn vreemdelingen van deze wachttijd uitgezonderd. De regeling wordt op twee punten verder aangescherpt. In de eerste plaats gaat de wachttijd gelden voor alle vormen van AWBZ-zorg. In de tweede plaats zal uitsluitend nog de categorie asielzoekers van de wachttijd zijn uitgezonderd. Andere vreemdelingen komen daarmee in dezelfde positie als Nederlanders.

Deze wijziging van het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering² acht de regering wenselijk omdat de uitwerking van het besluit in de praktijk tot onevenwichtige gevolgen leidt. De wijziging sluit aan bij de aanbeveling in het eerdergenoemde rapport «AWBZ-zorg in het buiten-

¹ In Bijlage I zijn de wijzigingen schematisch weergegeven.

² Voorstel voor een algemene maatregel van bestuur tot wijziging van het Besluit wachttijd bijzondere ziektekosten en het Besluit zorg-aanspraken AWBZ in verband met de voorwaarden en vergoeding van de aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de vaststelling van een wachttijd voor deze aanspraken.

land: Hoe globaal is ons zorgstelsel» van 24 mei 2007. Ook wordt de wachttijdregeling uitgebreid naar alle vormen van AWBZ-zorg.

Wijziging van lagere regelgeving

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ, de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) werden 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. Gelet op de gestelde beleidsvoornemens zijn deze bepalingen opnieuw geformuleerd en wordt de versnipperde regeling van de zorgaanspraken in het buitenland transparanter vorm gegeven. Aangezien de voorwaarden waaronder zorg in het buitenland gegeven kan worden, beperkt worden tot de hierboven genoemde omstandigheden en deze aanspraken een limitatief karakter hebben, zal worden volstaan met de aanspraken te regelen in de AWBZ en in het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Om deze reden kunnen bepalingen uit de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ, waarin thans voorwaarden voor het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland (mede) zijn geregeld, vervallen.

Naast de genoemde aanvullende maatregelen in de lagere regelgeving wordt geregeld dat geen wachttijd zal gelden voor personen die op grond van overgangsrecht bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak hadden op een vergoeding van zorg ingevolge de AWBZ en voor wie bij een verdergaande hulpvraag deze aanspraak kon worden voortgezet. In de praktijk is gebleken dat het besluit op dit punt onduidelijk was.

Zoals hierboven is aangegeven zal de Regeling subsidies AWBZ voor wat betreft het persoonsgebonden budget (pgb) worden aangescherpt. Ook deze wijziging sluit aan bij de aanbeveling in het rapport «AWBZ-zorg in het buitenland: Hoe globaal is ons zorgstelsel». Uitgangspunt van een pgb is, dat daarop uitsluitend recht bestaat als men in Nederland woont. Voorkomen zou moeten worden, aldus het rapport, dat mensen alleen omwille van een kort verblijf in het buitenland een pgb aanvragen. Hier is het pgb immers niet voor bedoeld. Het CVZ heeft er op gewezen dat niet te onderscheiden valt dat voor dit doel een pgb wordt aangevraagd en dat een dergelijke beperking slecht uitvoerbaar en controleerbaar is. Daarom wordt geregeld dat een toegekend pgb ingetrokken dient te worden indien wordt vastgesteld dat betrokkene langer dan dertien weken in het buitenland verblijft of heeft verbleven. Zo wordt mogelijk gemaakt dat mensen met een pgb toch op vakantie kunnen in het buitenland. De termijn van dertien weken is gelijk aan de termijn gedurende welke naturazorg in het buitenland tijdens vakantie wordt toegestaan.

Uitvoeringstoets van het CVZ

Op 15 juli 2008 heeft het CVZ een uitvoeringstoets uitgebracht over de voorgenomen wijzigingen in de wet- en regelgeving ter zake van AWBZ-zorg in het buitenland.¹

Het CVZ constateert dat de voorgestelde wijzigingen in wet- en regelgeving meer samenhang vertonen dan het huidige stelsel aan regels en bovendien tot een transparanter stelsel leiden. Bovendien, zo stelt het CVZ, is in het huidige stelsel te veel geregeld op een te laag niveau. Het CVZ constateert op dit punt een verbetering.

Het CVZ ziet de beleidsvisie van 18 september 2007 als een harmonisatie

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

van de AWBZ-zorgverlening in het buitenland met de uitgangspunten voor zorgverlening binnen Nederland.

De opmerkingen van het CVZ hebben geleid tot wijzigingen in dit wetsvoorstel en de lagere regelgeving. Het CVZ merkt op dat de definitie van het instellingsbegrip cruciaal is voor de aanspraak op AWBZ-zorg, maar stelt vast dat de voorgestelde wijziging onvoldoende adequaat lijkt. Voorts heeft het CVZ aangegeven dat onvoldoende duidelijk is welke nadere eisen worden gesteld aan buitenlandse instellingen. Ook merkt het CVZ op dat te betwijfelen valt of eisen van bestuurlijke en administratieve aard die de Nederlandse wetgeving aan instellingen stelt, op buitenlandse rechtspersonen voldoende uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Naar aanleiding van deze opmerkingen is het definitiebegrip aangepast.

Het CVZ heeft er verder op gewezen dat in het kader van het Europees Verdrag er voor gewaakt moet worden zwaardere, c.q. beperkender voorwaarden te stellen aan zorg die in het buitenland wordt gegeven dan voorwaarden die binnen Nederland aan diezelfde zorg worden gesteld. Het CVZ suggereert in dit verband om bij het stellen van een beperking van de duur van zorg in het buitenland, aan te sluiten bij termijnen die doorgaans gelden in uitkeringsregimes voor mensen die geen arbeidsplicht vervullen. Mede op grond van deze opmerking is in de bijzondere situaties voor het recht op zorg, de verblijfsduur buiten Nederland beperkt tot dertien weken.

Voorts heeft het CVZ opgemerkt dat het wenselijk is regels te stellen met betrekking tot indicatie voor de behoefte aan AWBZ-zorg. Ook deze opmerking heeft geleid tot het opnemen van nadere regelgeving.

Ten slotte heeft het CVZ voorstellen gedaan om de vergoedingsregeling aan te passen en dit ook op een hoger (wettelijk) niveau te regelen. De voorstellen van het CVZ zijn integraal overgenomen en geregeld in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ. In de toelichting op het Besluit wordt uitvoerig ingegaan op de vergoedingsregeling.

Met betrekking tot de wijzigingen in het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering heeft het CVZ op 8 september 2008 een nadere uitvoeringstoets uitgebracht. Op deze uitvoeringstoets wordt uitvoerig ingegaan in de Nota van toelichting bij dit (gewijzigde) besluit.

Uitvoeringstoets van de Nederlandse Zorgautoriteit

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft op 12 februari 2009 een memo uitgebracht waarin zij haar standpunt inzake het verzoek om een uitvoeringstoets over AWBZ-zorgverlening in het buitenland kenbaar heeft gemaakt.¹ De NZa heeft in dit memo aangegeven dat een omvangrijke wijziging van de regelgeving en het daartoe uitvoeren van een uitvoeringstoets om een aantal redenen niet opportuun is.

Om tegemoet te komen aan de in de beleidsvisie neergelegde wens te komen tot een inzichtelijke kostenstroom en beheersing van de kosten van de AWBZ-zorg in het buitenland heeft de NZa een alternatief aangedragen dat erin voorziet een koppeling te leggen tussen de in het buitenland verleende zorg en de contracteerruimte. De NZa heeft voorgesteld om te komen tot een landelijke raming ex ante van de kosten van AWBZ-zorg in het buitenland. Het geraamde bedrag kan, aldus het NZa, nadat het bedrag eenmalig structureel wordt toegevoegd aan de contracteerruimte, vervolgens jaarlijks in mindering worden gebracht op de beschikbare contracteerruimte. Na aftrek van deze raming kan de contracteerruimte verder worden verdeeld over de zorgkantorregio's. Dat betekent voor de zorgkantorregio's dat bij een stijging van de kosten in het buitenland er minder overblijft voor de contracteerruimte voor de zorgkantorregio's. Na het jaar wordt dan een vergelijking gemaakt tussen de kosten die worden gemaakt voor de zorgverlening in het buitenland en de raming (monitor zorguitgaven). De werkelijke kosten van in het buitenland geleverde AWBZ-zorg worden tenslotte betrokken bij de raming van de

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

uitgaven in toekomstige jaren. Aan de hand van die ramingen kan worden bekeken welke financiële gevolgen daaraan dienen te worden gekoppeld. Door deze koppeling aan de contracteerruimte blijft het mogelijk de zorg-uitgaven en de AWBZ-premie te beheersen en wordt bovendien invulling gegeven aan een belangrijk uitgangspunt: geen extra administratieve lasten voor de AWBZ.

Bij de voorgestelde werkwijze, aldus de NZa, blijft dit uitgangspunt leidend en wordt geen complexe regeling opgezet voor een zeer beperkt deel van de AWBZ-zorguitgaven. De NZa heeft verder aangegeven dat momenteel het CVZ bevoegd is om de middelen voor AWBZ-zorg in het buitenland te verdelen over zorgverzekeraars. Deze verdeling vindt thans plaats op declaratiebasis. De NZa houdt via het rechtmatigheidsonderzoek toezicht op de verzekeraars en hierbij ook op de middelen AWBZ-zorg in het buitenland. In haar Algemeen rapport Uitvoering AWBZ doet de NZa verslag van haar bevindingen over de manier waarop de AWBZ is uitgevoerd door de AWBZ-verzekeraars. Het gaat voor de AWBZ-zorg in het buitenland om de toets van de rechtmatigheid, de doelmatigheid wordt niet expliciet getoetst.

De NZa heeft aangegeven dat zij de door haar voorgestelde werkwijze als een reële oplossing ziet voor de door de regering gewenste transparantie en sturingsmogelijkheden ten aanzien van kosten die samenhangen met AWBZ-zorg in het buitenland. De NZa heeft geadviseerd om bovenstaande methodiek op te nemen in de Aanwijzing contracteerruimte AWBZ 2010. De NZa zal dit vervolgens opnemen in de bijbehorende beleidsregels en doorvertalen in de beschikbare contracteerruimte per zorgkantoorregio. De opmerkingen van de NZa hebben er, zoals hiervoor is aangegeven, mede toe geleid dat de oorspronkelijke voorstellen met betrekking tot de beheersing van kosten van AWBZ-zorg in het buitenland niet in het wetsvoorstel zijn opgenomen. In plaats daarvan zal de Aanwijzing contracteerruimte AWBZ 2010 overeenkomstig worden aangepast.

Administratieve lasten

Deze wet en de wijziging van de lagere regelgeving hebben geen gevolgen voor de administratieve lasten voor bedrijven, instellingen en verzekeren. De huidige, uiteenlopende regelgeving wordt samengevoegd en de financiering van AWBZ-zorg in het buitenland loopt niet meer via verschillende kanalen. Voor de uitvoering betekent dit in de eerste plaats een vereenvoudiging van de toe te passen regelgeving waarin deze aanspraken in het buitenland geregeld zijn. In de tweede plaats zullen door deze beperking van de aanspraken ook de werkzaamheden die daarmee samenhangen afnemen. Ook de controle hierop zal daardoor verminderen. Dit zal leiden tot vermindering van de uitvoeringslasten. Het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) heeft aangegeven dat er geen advies zal worden uitgebracht omdat het wetsvoorstel en het besluit gepaard gaan met geen of slechts een geringe daling aan administratieve lasten.

TOELICHTING (ARTIKELSGEWIJS)

Artikel I

(wijziging Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)

A

(artikel 1, eerste lid, onderdeel d, 2°)

AWBZ-zorg dient in het buitenland, zoals dat in Nederland het geval is, te worden verleend door een instelling of door beroepsbeoefenaren. Het

instellingsbegrip zoals dat in onderdeel d, onder 1°, is gedefinieerd beperkt zich naar zijn aard tot instellingen binnen Nederland, omdat de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) uitsluitend in Nederland geldt. De tot de inwerkingtreding van deze wet geldende definitie, verstond onder instelling buiten Nederland: een rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende sociale zekerheidsstelsel dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen. Het gevolg van die definitie was dat instellingen die in dat land niet in het bedoelde kader werkzaam zijn, werden belemmerd ten laste van de AWBZ zorg te verlenen. Gelet op de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in de zaak Stamatalaki (C-444/05) zou een dergelijke beperking in strijd zijn met artikel 49 van het Europees Verdrag (vrij verkeer van diensten). 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 verhinderen¹. Het is ingevolge de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in de zaak C-8/02 (Leichtle) wel toegestaan dat een lidstaat voor een vergoeding in het kader van de sociale zekerheid de voorwaarde stelt dat een in een andere lidstaat gevestigde zorgaanbieder beschikt over een vergunning, erkenning, of een andere toelatingsvoorwaarde. Het CVZ heeft in de uitvoeringstoets van 15 juli 2008 opgemerkt dat niet in alle lidstaten dergelijke regelgeving zal bestaan. Daarom is in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, 2°, volstaan met te regelen dat de instelling op grond van de wettelijke regeling van het land van vestiging rechtmatig zorg dient te verlenen. In het artikel wordt verwezen naar artikel 6 van de AWBZ. Daarmee is niet bedoeld dat instellingen die in het buitenland zorg verlenen, specifiek de AWBZ-zorg zoals deze in de Nederlandse wetgeving is geregeld, dienen te geven. Immers, als zodanig kan AWBZ-achtige zorg verleend in het buitenland afwijkend zijn. Het gaat er om dat de verleende zorg vergelijkbaar is met wat in Nederland AWBZ-zorg is. De definitie van het begrip instelling in de buitenlandsituatie sluit aan bij de definitiebepaling van artikel 4, onder e, van het (concept-)voorstel voor een Richtlijn van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg van de Commissie van de Europese Gemeenschappen van 2 juli 2008.

B

(artikel 10, eerste lid)

In het gewijzigde artikel 10, eerste lid, is het beleidsuitgangspunt neergelegd dat AWBZ-zorg, zowel met verblijf (intramuraal) als zonder verblijf (extramuraal), in beginsel alleen ten laste kan komen van de AWBZ als deze zorg is ingeroepen bij een gecontracteerde zorgverlener. Op grond van Europese regelgeving en jurisprudentie van het Europese Hof van Justitie mag de voorwaarde dat de zorg binnen Nederland wordt gegeven niet zonder meer worden gesteld binnen de Europese Unie, de EER-landen (Noorwegen, IJsland en Liechtenstein) en Zwitserland. Voor deze landen gelden de vrij-verkeersbepalingen van het EU-verdrag op grond waarvan de nationale beleidsvrijheid om de sociale wetgeving naar eigen goeddunken in te richten, is ingeperkt. Daarom is in deze bepaling uitdrukkelijk geregeld dat gecontracteerde zorg ook binnen de EU, de EER en Zwitserland kan worden ingeroepen.

(artikel 10, tweede lid)

Met het gewijzigde artikel 10, tweede lid zijn de uitspraken van het Europese Hof van Justitie gecodificeerd. In de uitspraak Müller-Fauré² heeft het Hof geconcludeerd dat voor het inroepen van extramurale zorg buiten Nederland maar binnen de EU/EER geen toestemming nodig is van een

¹ Het is niet in strijd met het Europese recht dat privé-instellingen binnen Nederland geen AWBZ-zorg mogen verstrekken. De inrichting van nationale sociale zekerheidsstelsels (waaronder de toelating van zorgaanbieders tot het stelsel) is een nationale aangelegenheid waarin het Hof zich niet mengt. Uitspraak van het Hof van Justitie in de zaak Herrera; C-466/04).

² Uitspraak van het Hof van Justitie in de zaak Müller-Fauré en Van Riet (C-395/99).

zorgverzekeraar. In deze bepaling is daarom opgenomen dat een verzekerde aanspraak heeft op zorg, niet zijnde zorg met verblijf in een instelling (extramurale zorg) buiten Nederland, doch binnen de EU/EER, bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Op deze manier is tot uitdrukking gebracht dat in die gevallen geen toestemming van de verzekeraar nodig is. Binnen Nederland is dus nog wel toestemming nodig voor niet-gecontracteerde extramurale zorg.

(artikel 10, derde lid)

In het derde lid, onder a is geregeld, dat bij amvb kan worden bepaald onder welke omstandigheden -anders dan de omstandigheden bedoeld in artikel 10, tweede lid- zorg bij een niet-gecontracteerde instelling kan worden ingeroepen. Onder b is vervolgens geregeld dat onder omstandigheden zorg ook buiten de EU/EER kan worden ingeroepen. Ten slotte is geregeld in welke omstandigheden in plaats van aanspraak op zorg, recht op vergoeding van de kosten van die zorg bestaat. De genoemde situaties waarin niet-gecontracteerde zorg in het buitenland kan worden verleend, al dan niet met toestemming van de zorgverzekeraar, worden limitatief uitgewerkt in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het gaat om de volgende omstandigheden: mensen die al een AWBZ-indicatie hebben en op vakantie gaan (maximaal dertien weken); mensen die tijdens tijdelijk verblijf buiten Nederland aangewezen raken op AWBZ-zorg (in beginsel maximaal dertien weken); mensen die met toestemming van hun zorgverzekeraar behandeling in het buitenland inroepen omdat die behandeling gelet op hun gezondheidstoestand in Nederland niet of niet tijdig verkrijgbaar is (maximaal één jaar); mensen die in het buitenland wonen wegens hun werk en die op grond daarvan verzekerd zijn gebleven (onbeperkt).

C

Artikel 11 is uitgeschreven in (het nieuwe) artikel 10 en kan daarmee komen te vervallen.

D

(artikel 15, zesde lid)

In artikel 15 van de AWBZ zijn regels gesteld met betrekking tot door zorgverzekeraars met zorgaanbieders te sluiten overeenkomsten.

In het zesde lid is expliciet geregeld dat de zorgverzekeraar bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dient te melden met welke zorgaanbieders binnen de EU/EER hij een AWBZ-overeenkomst heeft gesloten. Hierdoor wordt gerealiseerd dat er inzicht ontstaat in aantal en soort buitenlandse instellingen die zorg verlenen ten laste van de AWBZ.

Overwogen is om te regelen dat indien met een buitenlandse instelling een overeenkomst wordt gesloten, in deze overeenkomst opgenomen zou dienen te worden dat deze instellingen dienen te voldoen aan de administratieve voorschriften, de kwaliteit van het bestuur en de financiële administratie, zoals die gelden voor de instellingen in Nederland. De mogelijkheid tot het stellen van dergelijke voorwaarden is in de hierbovengenoemde brief van 18 september 2007 genoemd.

Het CVZ heeft in de uitvoeringstoets opgemerkt dat valt te betwijfelen of de administratieve voorwaarden die gelden voor in Nederland gevestigde instellingen kunnen worden toegepast op in buitenland gevestigde instellingen en of de gestelde criteria in het buitenland voldoende uitvoerbaar en handhaafbaar zijn. Doordat thans in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, 2° is geregeld dat alleen kan worden gecontracteerd met een instelling die op grond van de wettelijke regeling van het land van vestiging rechtmatig zorg verleent, is van dergelijke nadere voorschriften afgezien. Gelet op de Europese vrijverkeersbepalingen moet Nederland ervan uitgaan dat een

instelling die in het land van vestiging rechtmatig zorg verleent, voldoet aan de eisen die de wetgeving van dat land stelt aan administratieve voorschriften, kwaliteit van het bestuur en financiële administratie. Zorginstellingen in EU/EER-landen die inmiddels zijn gecontracteerd zullen alsnog aan de gestelde voorwaarde moeten gaan voldoen. Daartoe is overgangsrecht opgenomen in artikel III. Indien overeenkomsten met dergelijke instellingen zijn gesloten blijven deze overeenkomsten nog gedurende een jaar van kracht. Daartoe is overgangsrecht opgenomen in artikel IV.

E

(artikel 16b)

In artikel 16b, eerste lid, is geregeld in welke situaties een zorgverzekeraar verplicht is een overeenkomst te sluiten. Door de genoemde wijziging wordt bewerkstelligd dat niet langer met elke instelling binnen en buiten Nederland die daarom verzoekt een overeenkomst gesloten dient te worden, maar slechts met instellingen die voldoen aan het instellingsbegrip zoals gedefinieerd in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 1°. Aangezien dat instellingsbegrip uitgaat van een toegelaten instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) betekent dit dat verzekeraars niet verplicht zijn met instellingen in het buitenland, die per definitie niet kunnen worden toegelaten, op hun verzoek een overeenkomst te sluiten. De regering acht een dergelijke verplichting voor zorgverzekeraars ten aanzien van buitenlandse instellingen te vergaand, gelet op het geringe aantal verzekerden dat per individuele verzekeraar in een zodanige instelling zal verblijven.

Artikel II

(artikel 41, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen)

De Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) is op 20 oktober 2005 tot stand gekomen. Vóór de inwerkingtreding van die wet werden instellingen door het CVZ toegelaten. Die toelatingen zijn op grond van artikel 41, eerste lid van de Wtzi in stand gebleven en worden thans geacht toelatingen in de zin van die wet te zijn. Omdat de Wtzi uiteraard uitsluitend in Nederland gelding kan hebben zijn de toelatingen door het CVZ van instellingen in het buitenland, te weten Royal Care Residence (RCR) en Ciudad Patricia in Spanje en Castle Craig in het Verenigd Koninkrijk, van rechtswege komen te vervallen. Voor Castle Craig gold overigens dat deze instelling werkzaam was in het kader van het Britse stelsel van sociale zekerheid, zodat die instelling al voldeed aan het instellingsbegrip van artikel 1, eerste lid, onderdeel d, subonderdeel 2°, van de AWBZ, zoals die bepaling luidde voor het inwerkingtreden van deze wet.

Niettemin is gebleken dat in de praktijk de door de desbetreffende instellingen verleende zorg aan in Spanje wonende of verblijvende AWBZ-verzekerden (die behoudens Castle Craig niet werkzaam zijn in het kader van de sociale zekerheid en dus door de inwerkingtreding van de Wtzi niet langer voldeden aan het instellingsbegrip in de AWBZ), vergoed bleef worden. Daarmee werd op zijn minst de schijn gewekt dat de toelatingen voor deze buitenlandse instellingen in stand zijn gebleven. Om duidelijk vast te stellen dat de toelatingen van RCR, Ciudad Patricia en Castle Graig van rechtswege vervallen zijn, is artikel 41, eerste lid, van de WTzi alsnog aangescherpt. Voor zover deze instellingen aan het nieuwe instellingsbegrip (van artikel 1, eerste lid, onder d, 2°) voldoen, kan een zorgverzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden, voorzover het verlenen van die zorg ten laste van de AWBZ in het buitenland is toegestaan, met deze instellingen een overeenkomst sluiten. Indien geen overeenkomst wordt gesloten kan een verzekerde, met toestemming van de verzekeraar zorg

ontvangen in de uitzonderingssituatie dat die zorg, gelet op de gezondheidstoestand, in Nederland niet of niet tijdig verkrijgbaar is.

Artikel III (overgangsrecht)

In verband met de wijziging van het instellingsbegrip in artikel 1, onderdeel d, van de AWBZ en de verduidelijking van artikel 41, eerste lid, van de Wtzi, kan het zijn dat rechtspersonen niet langer instellingen in de zin van de AWBZ zijn. Daardoor kan de door deze instellingen verleende zorg niet langer worden vergoed ten laste van de AWBZ. Zo'n situatie kan zich onder meer voordoen als die instelling niet een instelling is als bedoeld in het bepaalde onder 2°.

Teneinde te voorkomen dat deze instellingen van de ene op de andere dag deze zorg niet meer mogen leveren, is overgangsrecht gerealiseerd. Geregeld is dat overeenkomsten die zijn gesloten met buitenlandse instellingen die door de inwerkingtreding van deze wet niet langer aan het instellingsbegrip van de AWBZ voldoen en dientengevolge niet langer kunnen worden gecontracteerd om zorg ten laste van de AWBZ te verlenen, gedurende nog maximaal een jaar in stand kunnen blijven. Na dat jaar moeten instellingen voldoen aan het nieuwe instellingsbegrip. Als deze wet in werking treedt en het overgangsrecht is uitgewerkt heeft de instelling de facto ruim drie jaar de tijd gehad om zich voor te bereiden op deze nieuwe situatie. Immers, in de brief van 24 mei 2007 waarbij het Rapport «AWBZ-zorg in het buitenland: Hoe globaal is ons zorgstelsel» aan de Tweede Kamer is toegezonden, is het voornemen dat AWBZ-zorg in het buitenland zou worden beperkt, reeds bekendgemaakt¹. Vanaf dat moment hebben ook deze instellingen kennis kunnen nemen van de voorgenomen wijzigingen. Een overgangstermijn van een jaar acht de regering derhalve ruim voldoende.

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

¹ Kamerstukken II, 2006/07, 30 597, nr. 8.