

AWBZ-zorg in het buitenland

Hoe 'globaal' is ons zorgstelsel

Notitie betreffende AWBZ-zorg in het buitenland

Den Haag, mei 2007

Inhoudsopgave

Aanleiding	3
Hoofdstuk 1. Wie heeft aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland	4
Hoofdstuk 2. Indicatiestelling (wanneer heeft een AWBZ-verzekerde aanspraak)	5
Hoofdstuk 3. Bekostiging AWBZ-zorg in het buitenland	6
Hoofdstuk 4. Toezicht op AWBZ-zorg in het buitenland	7
Hoofdstuk 5. Inventarisatie (wet- en regelgeving) en praktijkvoorbeelden AWBZ-zorg in het buitenland	7
Hoofdstuk 6. Analyse	19
Hoofdstuk 7. Conclusie en aanbevelingen	20
Bijlage I Deelnemers werkgroep en klankbordgroep AWBZ-zorg in het buitenland	27
Bijlage II Wet- en regelgeving betreffende verzekering op grond van de AWBZ	28
Bijlage III Wet- en regelgeving AWBZ-zorgaanspraken	32
Bijlage IV Overzicht jurisprudentie Europese Hof van Justitie voor zover van belang voor AWBZ-zorg in het buitenland	36
Bijlage V CVZ overzicht kosten verlenen AWBZ-zorg buitenland (specificaties)	40
Bijlage VI (Opheffen) vrijwillige AWBZ en overgangsrecht voormalig AWBZ- verzekerden	41
Bijlage VII MvT Wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg.....	44
Afkortingenlijst	45

Aanleiding

Inleiding

Met enige regelmaat staat (het verlenen van) AWBZ-zorg in het buitenland in de belangstelling. Meermalen wordt voor dit onderwerp de aandacht gevraagd door de politiek. Ook al omdat er regelmatig berichten over dit onderwerp verschijnen in de media. De rechtmatigheid van het leveren van AWBZ-zorg in het buitenland (door 'privé-instellingen') heeft bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ruime aandacht. De problematiek van het verlenen en bekostigen van AWBZ-zorg in het buitenland geniet derhalve een brede belangstelling. Een volledige inventarisatie en analyse van de mogelijkheden van het verlenen van AWBZ-zorg in het buitenland is tot op heden niet aanwezig. Vanwege de aandacht die het onderwerp heeft is een dergelijk document zeer wenselijk. De ingewikkeldheid van dit onderwerp heeft de Minister en de Staatssecretaris van VWS in september 2006 doen besluiten tot het instellen van een werkgroep bestaande uit buitenlandspecialisten en juristen van VWS. Bij het inventariseren en samenstellen van deze notitie hebben medewerkers van het CVZ als klankbordgroep een belangrijke bijdrage geleverd. Tevens is informatie over dit onderwerp uitgewisseld met en is gebruik gemaakt van de expertise van de NZa. Betreffende een onderwerp dat recent in de publiciteit is gekomen (RIAGG-zorg in Marokko), is de NZa verzocht te onderzoeken of de regelgeving hier juist wordt toegepast.

Opdracht werkgroep

De werkgroep heeft tot taak:

de bestaande mogelijkheden van vergoeding van zorg in het buitenland (intramuraal en extramuraal) in kaart te brengen en daarbij:

- a. zowel de nationale als de internationale regelgeving, alsmede de rechtspraak te betrekken;
- b. mogelijke discrepantie tussen wet- en regelgeving en de praktijk in beeld brengen;
- c. inzicht verschaffen in de omvang van het huidige gebruik van zorg in het buitenland, zowel in geld als in aantallen;
- d. bezien of de huidige toepassing wel in overeenstemming is met de aanvankelijke doelstellingen;
- e. bezien of er onderscheid gemaakt dient te worden tussen EU-landen en niet EU-landen;
- f. handhaving/toezichtaspecten betrekken;
- g. onderzoeken of beperkingen/uitbreidingen aanbeveling verdienen en voorstellen daarover voorleggen.

Indeling van de notitie

Er is in beeld gebracht wie aanspraak heeft op AWBZ-zorg in het buitenland. Dit is opgenomen in hoofdstuk 1.

Om aanspraak te maken op bepaalde in het Zorgindicatiebesluit opgenomen vormen van AWBZ-zorg moet een indicatiebesluit worden afgegeven. Wanneer een AWBZ-verzekerde aanspraak heeft op AWBZ-zorg is opgenomen in hoofdstuk 2.

De bekostiging van AWBZ-zorg in het buitenland is beschreven in hoofdstuk 3.

In hoofdstuk 4 is ingegaan op het toezicht op AWBZ-zorg in het buitenland.

Hoofdstuk 5 geeft een inventarisatie van de wet- en regelgeving, zowel nationaal als internationaal over dit onderwerp alsmede de invloed van Europees recht (jurisprudentie). Verder zijn in dit hoofdstuk praktijkvoorbeelden van AWBZ-zorg in het buitenland opgenomen.

In hoofdstuk 6 is een analyse opgenomen in welke omstandigheden AWBZ-zorg in het buitenland plaatsvindt.

Na het in kaart brengen van de verschillende mogelijkheden volgt een afweging van de aanvaardbaarheid, het risico van misbruik en oneigenlijk gebruik, de houdbaarheid en de handhavingmogelijkheden. De conclusies en aanbevelingen zijn opgenomen in hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 1. Wie heeft aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland?

AWBZ-verzekerden hebben aanspraak op AWBZ-zorg voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop is aangewezen.

Wie is AWBZ-verzekerd?

In het algemeen is AWBZ-verzekerd de persoon die ingezetene is of die in het buitenland woont maar in Nederland werkt en daardoor in Nederland loonbelasting betaalt (Zie bijlage II, artikelen 2, 3, 5 en 5b van de AWBZ). Het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (Bub 1999) voegt categorieën mensen toe (Zie bijlage II: artikelen 2 t/m 9, Bub 1999) dan wel sluit categorieën mensen uit van de verzekering voor de volksverzekeringen, waartoe de AWBZ behoort.

Ingezetene / niet-ingezetene die in Nederland werkt en hier loonbelasting betaalt / Bub

Iedereen die ingezetene is, dat wil zeggen die legaal in Nederland woont, is over het algemeen AWBZ-verzekerd. Een voorbeeld van een AWBZ-verzekerde die in het buitenland woont maar in Nederland werkt is de in België wonende grensarbeider die in Nederland werkt. Het Bub 1999 stelt ondermeer dat AWBZ-verzekerd is de persoon die aansluitend op wonen in Nederland uitsluitend wegens studieredenen niet meer in Nederland woont en jonger is dan dertig jaar. Verder blijven Nederlandse ambtenaren en hun gezinsleden die in het buitenland wonen AWBZ-verzekerd. Alle groepen die AWBZ-verzekerd blijven ondanks het feit dat ze in het buitenland wonen, zijn opgenomen in bijlage II bij dit rapport.

Ingezetene: 'wonen' in de zin van de volksverzekeringen

Onder ingezetene verstaan de volksverzekeringen (waaronder de AWBZ) degene, die in Nederland woont. Of iemand in Nederland 'woont' wordt naar feiten en omstandigheden beoordeeld. Uit jurisprudentie blijkt dat iemand -naar omstandigheden beoordeeld- in Nederland woont als hij het middelpunt van zijn of haar maatschappelijke leven in Nederland heeft gevestigd. Beoordeling vindt plaats aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval waarin de juridische (rechtmatig verblijf), economische (voorzien in levensonderhoud) en sociale bindingen (o.a. familiebanden, woonruimte) met Nederland een rol spelen.¹

De invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006 heeft het aantal AWBZ-verzekerden dat in het buitenland woont, drastisch beperkt. Tabel 1 op bladzijde 5 geeft hiervan een overzicht.

De gezinsleden van werknemers en grensarbeiders, de uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden en de achtergebleven gezinsleden zijn in 2006 niet meer AWBZ-verzekerd. Sinds de invoering van de Zvw hebben deze groepen als verdragsgerechtigden op grond van de internationale regelingen in hun woonland recht op medische zorg volgens de wettelijke regeling van het land waar zij wonen. Opgemerkt wordt dat deze beleidsnotitie gaat over het verlenen van AWBZ-zorg in het buitenland aan AWBZ-verzekerden.

AWBZ-zorg in het buitenland

AWBZ-verzekerden die, indien daarop aangewezen, van AWBZ-zorg in het buitenland gebruik kunnen maken zijn bijvoorbeeld:

- in Nederland wonende AWBZ-verzekerden die tijdelijk (vakantie/werk/overwintersaars) in het buitenland verblijven;
- de zogenoemde grensarbeiders die bijvoorbeeld in België wonen en in Nederland werken en loonbelasting betalen.
- degenen die in het buitenland wonen en AWBZ-verzekerd zijn zoals Nederlandse diplomaten en hun gezinsleden;

¹ De Zorgverzekeraar beoordeelt of iemand die zich inschrijft AWBZ-verzekerd is. Voor meer zekerheid over de vraag of er verzekering is voor de volksverzekeringen, kan iemand een verklaring van verzekering (stand verzekering volksverzekeringen) vragen aan de Sociale verzekeringsbank, Kantoor Verzekeringen, Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen.

Aantallen AWBZ-verzekerden die in het buitenland wonen

Het aantal AWBZ-verzekerden dat in het buitenland woont is in 2006 (48.600) aanmerkelijk kleiner dan in 2005 (125.000). Zie tabel 1. Dat komt omdat tot 2006 alle in het buitenland wonenden die op grond van een internationale regeling recht op zorg hadden ten laste van Nederland daadwerkelijk Nederlands AWBZ-verzekerd waren. Tot 2006 waren in het buitenland wonende ziekenfondsverzekerden ook AWBZ-verzekerd. Sinds de inwerkingtreding van de Zvw per 1 januari 2006 zijn mensen die in het buitenland wonen alleen nog AWBZ-verzekerd als zij in Nederland een dienstverband hebben en aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen of als zij op grond van het Bub 1999 behoren tot een categorie die is toegevoegd aan de kring van verzekerden volksverzekeringen (waaronder de AWBZ).

Deze notitie heeft geen betrekking op mensen die in het buitenland wonen en uitsluitend hun recht op zorg ontlenen aan een internationale regeling (verdragsgerechtigden) en niet aan de Nederlandse wetgeving. Bedoeld worden in het buitenland wonende personen die met toepassing van een Verordening van de Raad van de Europese Gemeenschappen dan wel toepassing van zodanige verordening krachtens de overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of een verdrag inzake sociale zekerheid, aanspraak op zorg hebben ten laste van Nederland.

Niet bekend is hoeveel mensen tijdens tijdelijk verblijf gebruik (blijven) maken van AWBZ-zorg. Wel zijn de kosten hiervan bekend. Zie voor deze kosten Hoofdstuk 3. Bekostiging AWBZ-zorg in het buitenland.

Tabel 1. Overzicht aantallen AWBZ-verzekerden die in het buitenland wonen in 2005 en 2006

Wonend in het buitenland	AWBZ-verzekerd aantal in 2005 (afgerond op 50-tallen)	AWBZ-verzekerd aantal in 2006 (afgerond op 50-tallen)
Werknemers/grensarbeiders en hun gezinsleden	Ziekenfondsverzekerde (1) 22.600	(2) 48.600
Uitkeringsgerechtigden en hun gezinsleden	7.800	
achtergebleven gezinsleden	34.750	
	19.250	
	13.000	
AWBZ-verzekerden aangewezen op part.markt	26.000	
Vrijwillig AWBZ-verzekerde	2.000	
Totaal aantal:	125.400	48.600

(1) Aantal AWBZ-verzekerden in buitenland is vanaf 2006 aanmerkelijk lager doordat in het ziektekostenverzekeringstelsel tot datum inwerkingtreden Zvw in het buitenland wonende ziekenfondsverzekerden ook AWBZ-verzekerd waren. Met inwerkingtreden van de Zvw hebben deze voormalig ziekenfondsverzekerden aanspraak gekregen op het woonlandpakket ten laste van Nederland. Deze mensen zijn verdragsgerechtigd. Tevens is toen de vrijwillige AWBZ-verzekering (zie voor uitgebreidere informatie hierover bijlage VI afgeschaft.

(2) In 2006 is dit aantal ca. 26.000 hoger. Dit zijn de (AWBZ-verzekerde) grensarbeiders die in 2005 een inkomen hadden boven de loongrens van de ziekenfondsverzekering en die daardoor op een particuliere ziektekostenverzekering waren aangewezen.

Hoofdstuk 2. Indicatiestelling (wanneer heeft een AWBZ-verzekerde aanspraak)

Om aanspraak te hebben op bepaalde vormen van AWBZ-zorg moet worden vastgesteld of AWBZ-zorg nodig is, welke zorg het betreft en de omvang van de zorg. Deze indicatiestelling vindt plaats door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Als de hulp in het buitenland vergelijkbaar is met een AWBZ-zorgaanspraak moet een AWBZ-verzekerde een indicatie - en mogelijk later een herindicatie - hebben. De in Nederland gehanteerde indicatiemethodiek is echter niet toepasbaar in het buitenland. Het kan natuurlijk voorkomen dat de indicatie al in Nederland is vastgesteld. In dat geval kan er vooralsnog van deze indicatie worden uitgegaan.

Als de indicatie moet worden vastgesteld op het moment dat de verzekerde in het buitenland is, moet de organisatie van de indicering aan de plaatselijke omstandigheden worden aangepast. Voor de indicatiebeoordeling wordt een aandachtspuntenlijst gehanteerd. Met die lijst kan informatie worden ingewonnen over de zorgvraag en de daarbij te leveren zorg. Het onderzoek moet ter plaatse worden uitgevoerd door een arts die niet zelf bij de zorgverlening aan de verzekerde is betrokken. Het gaat hierbij in eerste instantie om een plaatselijke en niet om een Nederlandse arts. Op basis van de verkregen informatie bepaalt de zorgverzekeraar de indicatie of eventueel het voortduren van de indicatie.

Hoofdstuk 3. Bekostiging AWBZ-zorg in het buitenland

Bekostiging met toepassing van nationale regelgeving

Betaling van verleende AWBZ-zorg in het buitenland en van die zorg in Nederland verloopt via verschillende kanalen. Betaling van in het buitenland verleende AWBZ-zorg verloopt via de zorgverzekeraar. Als een zorgverzekeraar een instelling in het buitenland heeft gecontracteerd zal de verzekeraar de kosten vergoeden conform het contract met de instelling. In de overige gevallen zal de zorgverzekeraar de kosten van zorg (onder aftrek van verschuldigde eigen bijdragen) rechtstreeks vergoeden aan de verzekerde. De verzekerde betaalt op zijn beurt de zorgaanbieder.

De kosten van AWBZ-zorg in het buitenland declareert de zorgverzekeraar bij het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) dat is ondergebracht bij het CVZ. Deze kosten staan los van de afspraken betreffende het regiobudget. Zie voor een opgave van deze kosten bijlage IV.

Verder is er de situatie dat een in een AWBZ-instelling opgenomen verzekerde tijdelijk naar een instelling in het buitenland gaat. Als geen ontslag plaatsvindt is de Nederlandse instelling verantwoordelijk, ook financieel, voor het verblijf in de buitenlandse instelling. In deze gevallen gaat er geen rekening naar de zorgverzekeraar. De kosten worden niet afzonderlijk gedeclareerd maar worden betaald uit het instellingsbudget; deze gelden vallen binnen de afspraken over de afspraken die gemaakt worden binnen de contracteerruimte AWBZ.

Uit de jaarstaat 2005 van het CVZ is het hieronder weergegeven overzicht van totale kosten van AWBZ-zorg (oogmerkzorg, zorg bij tijdelijk verblijf en bij wonen in het buitenland) opgenomen. Een gespecificeerd overzicht is opgenomen in bijlage V.

CVZ, Overzicht buitenland specificaties jaarstaat 2005 AWBZ-uitvoeringsorganen

	KOSTEN AWBZ-verzekerden BIJ TIJDELIJK VERBLIJF IN HET BUITENLAND	KOSTEN AWBZ-verzekerden BIJ WONEN IN HET BUITENLAND
TOTAAL	€ 3.273.873	€ 11.092.665

CVZ Afd. Verantwoording en Signalering (V&S)

N.B. Opgemerkt zij dat de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 (en het daarmee samenhangende afschaffen van de vrijwillige AWBZ-verzekering) wijziging heeft gebracht in het aantal AWBZ-verzekerden en de samenhangende kosten van het verlenen van AWBZ-zorg in het buitenland. Zie het overzicht in hoofdstuk 1.

Bekostiging met toepassing van verdrag/verordening

De verstrekking van AWBZ-zorg op basis van verdrag/verordening vindt plaats overeenkomstig de wetgeving van het land waar de zorg wordt genoten. Gelet op de onderlinge verschillen van nationale ziektekostenstelsels, zowel qua inhoud als organisatie, zal een dergelijke verstrekking materieel vrijwel nooit een op een overeenkomen met een verstrekking in de zin van de AWBZ. Bovendien bevat het formulier waarmee de kosten door het crediteurorgaan worden gedeclareerd (formulier 125) slechts een zeer globale omschrijving van zorgvormen (medische hulp, tandheelkundige hulp, medicijnen, ziekenhuisverpleging, andere verstrekkingen) zonder nadere mogelijkheid van specificatie. Deze gedeclareerde kosten worden uit het Zorgverzekeringsfonds vergoed.

Hoofdstuk 4. Toezicht op AWBZ-zorg in het buitenland

De AWBZ-zorg in het buitenland wordt door de uitvoeringsorganen, dit zijn zorgverzekeraars, ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten gebracht. In dit traject heeft het zorgkantoor geen functie.

De uitvoeringsorganen AWBZ (zorgverzekeraars) verrichten, naast de activiteiten voor de inschrijving als AWBZ-verzekerde, werkzaamheden op het gebied van verblijf in een ziekenhuis of revalidatiecentrum na 365 dagen voor verpleging, en op het gebied van de kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland.

De uitvoeringsorganen verantwoorden zich over de ontvangsten en uitgaven AWBZ door middel van de jaarstaat. Bij de jaarstaat leveren de uitvoeringsorganen AWBZ geen accountantsproduct. In de jaarstaat geeft het uitvoeringsorgaan AWBZ (zorgverzekeraar) separaat op de kosten welke zijn betaald voor zorg in het buitenland bij tijdelijk verblijf of bij wonen in het buitenland. Tevens vraagt de jaarstaat een uitsplitsing naar het land waar de kosten zijn gemaakt. De NZa stelt zelf jaarlijks een onderzoek naar de jaarstaat in.

Hoofdstuk 5. Inventarisatie (wet- en regelgeving en jurisprudentie) en praktijkvoorbeelden AWBZ-zorg in het buitenland

• Nationale wet- en regelgeving

Instellingsbegrip

AWBZ-zorg kan ten laste van de AWBZ slechts in een instelling worden geleverd (uitzondering hierop is de psychiatrische behandeling door een vrijgevestigde psychiater of psychotherapeut) (Besluit zorgaanpak AWBZ, Hoofdstuk II).

In de AWBZ (artikel 1, eerste lid, onderdeel d, AWBZ) is een instelling gedefinieerd als een toegelaten instelling of een 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 het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen. Met de invoering van de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Wet HOZ) is het instellingsbegrip in de AWBZ gewijzigd.

De doelstelling van de wijziging van het instellingsbegrip in de AWBZ was het wegnemen van (formele) belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een ander EU-, EER-, of een verdragsland, om zorg aan AWBZ-verzekerden te verlenen. Om die reden is het instellingsbegrip gewijzigd zodat toelatingen van in het buitenland gevestigde instellingen niet meer hoefden te worden afgegeven. Zo kan een AWBZ-verzekerde bij tijdelijk verblijf in het buitenland zijn zorg krijgen indien de instelling die daar is gevestigd deel uit maakt van het socialezekerheidsstelsel aldaar.² Het opnemen van het gewijzigde instellingsbegrip is mogelijk omdat het een lidstaat namelijk onder omstandigheden is toegestaan eisen te stellen aan in het buitenland gevestigde, aldaar werkende instellingen (voor zover de kosten voor rekening van die lidstaat komen). Dat blijkt uit twee arresten van het Europese Hof van Justitie (11 en 18 maart 2004; C-496/01 Commissie/Frankrijk en C-8/02 Leichtle).

Deze wijziging van het instellingsbegrip heeft tot gevolg dat als er in een land geen instellingen zijn die de betreffende zorg leveren in het kader van het ter plaatse geldende sociale verzekeringsstelsel, die zorg dus ook niet geleverd kan worden ten laste van de AWBZ.

Met de wijziging van het instellingsbegrip houdt Nederland de kosten in de hand en waarborgt de kwaliteit. De overheidsinstellingen in het buitenland zien immers toe op de kwaliteit van de instellingen.

² Kamerstukken II 2002/03, 28994 nr. 3 blz 19-20, zie bijlage VII

Overigens is er een beperkt aantal instellingen in het buitenland die van het CVZ een toelating hebben gekregen.³ Het CVZ was tot de inwerkingtreding van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) bevoegd op basis van de AWBZ toelatingen af te geven. Deze toegelaten instellingen kunnen aan AWBZ-verzekerden AWBZ-zorg leveren ten laste van de AWBZ.

AWBZ-zorgaanspraken

Als een AWBZ-verzekerde AWBZ-zorg nodig heeft, is hij op grond van de AWBZ in principe aangewezen op door AWBZ-uitvoeringsorganen (zorgverzekeraars) gecontracteerde zorgaanbieders. De AWBZ kent geen directe bepaling dat de hulp in Nederland moet worden verleend. Op grond van de hierna volgende wet- en regelgeving kan AWBZ-zorg tijdens tijdelijk verblijf of wonen in het buitenland worden vergoed. Een verzekerde kan ook naar het buitenland gaan met het oogmerk een bepaalde behandeling te ondergaan.

De verzekerde heeft ingevolge artikel 6 van de AWBZ aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening. Dit is de hoofdregel met betrekking tot de aanspraken waarop de verzekerden recht hebben. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ en de Regeling zorgaanspraken AWBZ zijn de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat geregeld en zijn voor het tot gelding brengen van de aanspraken voorwaarden gesteld. Voor de verschillende aanspraken geldt de voorwaarde dat de zorg wordt verleend door een instelling (BZA, art. 3 t/m 9, 13, 16).

Gecontracteerde zorg

Hoofdregel is dat de verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen zich moet wenden tot een zorgaanbieder die een contract heeft met het uitvoeringsorgaan waar de verzekerde is ingeschreven (artikel 10, eerste lid, AWBZ). Hiermee is het naturakarakter van de verzekering geregeld. De zorgverzekeraar kan zowel zorgaanbieders in Nederland als in het buitenland contracteren.

De zorgverzekeraar kan slechts instellingen in het buitenland contracteren die onder het instellingsbegrip vallen zoals opgenomen in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 2, van de AWBZ of een door het CVZ toegelaten instelling.

Toestemming

Het is mogelijk van de voorwaarde van gecontracteerde zorg af te wijken. Op grond van artikel 10, tweede lid, AWBZ kan een verzekerde indien hij geen gecontracteerde zorg kan verkrijgen met toestemming van de zorgverzekeraar intramurale zorg of extramurale zorg buiten de lidstaten inroepen bij een niet gecontracteerde zorgaanbieder. Binnen Europa heeft de verzekerde geen toestemming nodig voor extramurale zorg. De verzekerde heeft aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten. De verzekerde gaat in deze gevallen naar het buitenland met het doel om bij een speciale buitenlandse zorgaanbieder de zorg te verkrijgen. Niet gecontracteerde zorg kan de verzekerde zowel in Nederland als in het buitenland verkrijgen. Dit is van toepassing in de situatie dat de verzekerde zich naar het buitenland begeeft uitsluitend met het oogmerk om AWBZ-zorg elders te halen.

Artikel 10, derde tot en met zesde lid, AWBZ geeft de mogelijkheid nadere voorwaarden te stellen betreffende -onder andere- toestemming of de hoogte van de vergoedingen.

Vergoeding

Artikel 11 van de AWBZ regelt dat aanspraak op zorg of vergoeding van die zorg, verleend in of buiten Nederland kan bestaan, als op grond van bijzondere omstandigheden de zorg niet op de in

³ Het betreft:

Royal Care Residence te Rojales Spanje, (Stcrt. 2004, 70)

Castle Craig te West Linton, Schotland (Stcrt 2000, 133)

Ciudad Patricia te Benidorm, Spanje (CVZ-toelating in periode 1 t/m 31 december 2005; Stcrt. 2006, 17)

Priory Group, UK (Stcrt. 2005, 207)

artikel 10 van de AWBZ aangegeven wijze kan worden verkregen. In het Besluit zorgaanspraken AWBZ (BZA) zijn die bijzondere omstandigheden vermeld (artikel 20 BZA). Artikel 20 BZA regelt dat een AWBZ-verzekerde een vergoeding kan krijgen voor bepaalde kosten van AWBZ-zorg indien die zorg (anders dan op de in artikel 10 AWBZ omschreven wijze) is verkregen als gevolg van, onder andere, de omstandigheid bij tijdelijk verblijf in het buitenland wegens uitoefening van bedrijf of beroep of wegens andere door het CVZ aan te geven redenen. Er bestaat dan aanspraak op een vergoeding voor zover de verlening van de zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.

De aanvankelijke doelstelling van artikel 11 AWBZ⁴ geeft aan dat een vergoeding in geld kan worden gegeven in gevallen, waarin een verzekerde zich wegens bijzondere omstandigheden niet aan de normale regels van de verzekering heeft kunnen houden. Dit betreft dus de situatie waarin tijdens verblijf buiten de woonplaats (bijvoorbeeld tijdens verblijf in het buitenland) plotseling medische hulp nodig is. In het Besluit zorgaanspraken en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden zijn de omstandigheden zodanig ruim dat in het buitenland genoten AWBZ-zorg kan worden vergoed op basis van artikel 11 AWBZ. Heeft een verzekerde in het verdragsland AWBZ-achtige zorg genoten die niet of ten dele is opgenomen in het 'lokale' pakket, dan kan de verzekerde voor het verschil een beroep doen op de vergoedingsregeling ingevolge de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ. De zorg moet echter worden verleend in een instelling die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel of in een door het CVZ toegelaten instelling in het buitenland (zie onder kopje 'Instellingsbegrip' in dit hoofdstuk). Omdat een instelling die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het aldaar geldende socialezekerheidsstelsel het 'lokale' pakket zal aanbieden, zal geen gebruik kunnen worden gemaakt van de hiervoor vermelde vergoedingsregeling op grond van de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden. Er kan wel van deze vergoedingsregeling gebruik worden gemaakt bij AWBZ-achtige zorg die is genoten in een door het CVZ in het buitenland toegelaten instelling.

Persoonsgebonden budget

Artikel 44 van de AWBZ en de daarop gebaseerde Regeling subsidies AWBZ regelt dat subsidies kunnen worden verstrekt om AWBZ-verzekerden de mogelijkheid te geven om in plaats van het tot gelding brengen van een AWBZ-aanspraak zelf te voorzien in de zorg die de verzekerden behoeven. Deze regeling betreffende het persoonsgebonden budget (PGB) kent geen beperking voor het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland als zodanig, maar beperkt alleen de hoogte van de subsidie bij een verblijf van langer dan zes weken. Voor PGB geldt niet de eis dat de zorg door een instelling moet worden verleend.

De wijziging in het instellingsbegrip in februari 2005 (artikel 1, eerste lid, onder d, onderdeel 2, AWBZ) heeft dus geen consequenties voor het PGB.

• Internationale regelgeving

Naast de mogelijkheden die de AWBZ biedt kunnen AWBZ-verzekerden in EU-, EER- of verdragslanden of in Zwitserland ook een beroep doen op de Verordening 1408/71 of een bilateraal verdrag. De verzekerde heeft in een verdragsland namelijk recht op zorg overeenkomstig het daar geldende wettelijke ziektekostenstelsel. Daar kunnen AWBZ-achtige voorzieningen in zijn opgenomen. Als in een bepaald EU-, EER-land of Zwitserland op grond van de Verordening ruimere aanspraken bestaan, heeft de AWBZ-verzekerde naast de aanspraken op grond van de AWBZ aanspraak op de rechten uit de Verordening. Als een AWBZ-verzekerde zowel een beroep op de AWBZ-bepalingen als op verdragsaanspraken kan doen gelden, gaat bij strijdigheid van het nationale met internationale recht het verdragsrecht voor. Er bestaat echter minimaal aanspraak op de zorg van het AWBZ-pakket.

Op grond van het arrest Van Braekel (**C-368/98**) en daarna nog eens bevestigd in het arrest Watts (**C-372/04**), moet de vergoeding voor zorg -in de gevallen dat betrokkene die zorg gelegitimeerd op grond van de Verordening (intramurale zorg met toestemming/extramurale zorg

⁴ Kamerstukken II 1961/62, 6808, nr. 3, blz. 38. Dit betreft de Ziekenfondswet, wat betreft de AWBZ is aangesloten bij hetgeen is bepaald in de Zfw.

zonder toestemmingsvereiste) inroept in het buitenland- altijd worden aangevuld tot in ieder geval de aanspraak in eigen land. Zie een samenvatting van deze uitspraak in Bijlage IV. Het mag niet onvoordeliger voor iemand uitpakken om naar een andere lidstaat te gaan. Moet een AWBZ-verzekerde bijvoorbeeld in Frankrijk een hoge eigen bijdrage betalen, die in Nederland niet bestaat, dan moet de Nederlandse zorgverzekeraar die bijdrage compenseren.

- **Invloed van Europees recht (jurisprudentie)**

De bepalingen van het EG-Verdrag, evenals de Europese sociale zekerheidsverordening die onder het Verdrag tot stand gekomen is, maken automatisch deel uit van het nationale recht van iedere lidstaat. In geval van strijdigheid gaat internationaal recht voor nationaal recht. De nationale rechter mag geen strijdige nationaalrechtelijke bepalingen handhaven, ongeacht of die nu voor of na de Europese regelgeving tot stand zijn gekomen. Dit betekent dat het Europees recht ook van invloed is op de manier waarop Nederland haar wettelijke ziektekostenverzekering (AWBZ en Zvw) inricht.

Die invloed komt het meest zichtbaar tot uiting in de uitspraken van het Europees Hof van Justitie. Op het gebied van de grensoverschrijdende zorg is door de uitspraken van het Hof een uitgebreide jurisprudentie ontstaan die zich voornamelijk toespitst op de voorwaarden waaronder toestemming voor een medische behandeling in een andere lidstaat niet mag worden geweigerd en de hoogte en omvang van de vergoeding van die behandeling.

Een interessant geschil waarin het Europese Hof van Justitie op 19 april 2007 uitspraak heeft gedaan de zaak Stamatelaki (zie bijlage IV; C-444/05).

De prejudiciële vragen in dit geschil zijn de volgende:

- Is een nationale regeling die de kosten van behandeling in het buitenland alleen vergoedt als de zorginstelling werkzaam is in het kader van de sociale zekerheid in dat land, terwijl de mogelijkheden in eigen land ruimer zijn, strijdig met het vrij verkeer van diensten?
- Zo ja, is deze strijdigheid dan gerechtvaardigd uit oogpunt van dwingende redenen van algemeen belang (aantasting financieel evenwicht, handhaving stelsel)?
- Is deze belemmering van het vrij verkeer proportioneel?

In het arrest stelt het Hof dat wetgeving die wel vergoeding toestaat voor zorg in privé-klinieken in eigen land maar niet bij zorg in privé-klinieken in het buitenland in strijd is met EU-recht inzake vrij verkeer. De Nederlandse wetgeving wordt door die uitspraak niet geraakt omdat die niet een zodanige algehele uitsluiting van vergoeding van zorg in buitenlandse privé-klinieken kent.

Voor een overzicht van de belangrijkste jurisprudentie op het gebied van grensoverschrijdende zorg zij verwezen naar Bijlage IV bij deze beleidsnotitie. In dit overzicht zijn de volgende arresten opgenomen over de voorwaarden waaronder toestemming voor een medische behandeling in een andere lidstaat niet mag worden geweigerd: C-158/96 Kohll en C-120/95 Decker, C-157/99 Geraets-Smits/Peerbooms, C-385/99 Müller-Fauré/Van Riet, C-326/00 IKA/Ioannadis, C-8/02 Leichtle, C-145/03 Keller, C-372/04 Watts. Van belang zijnde arresten betreffende de (hoogte en omvang van de) vergoeding van die behandeling zijn: C-368/98 Vanbraekel, C-466/04 Herrera en C-444/05 Stamatelaki.

- **Praktijkvoorbeelden en analyse AWBZ-zorg in het buitenland**

Voorbeeld: RIAGG-zorg in Marokko (Vergelijkbare casus Radar)

Tijdelijk verblijf extramurale AWBZ-zorg

Nationaal: art. 6 AWBZ, art. 7a, Regeling zorgaanspraken AWBZ

	RIAGG-zorg Marokko	
	In 2004 bleek dat de RIAGG Rotterdam , die door het zorgkantoor was gecontracteerd, zijn AWBZ-verzekerde patiënten op vakantie nareisde in Marokko om daar AWBZ-zorg te	

<p>verlenen. Het doel van het project was het garanderen van continuïteit van zorg en het voorkomen van terugval en extra zorgvraag na terugkeer van vakantie. Het project was verder gericht op het optimaal benutten van de hulpverleningscapaciteit van de afdeling transculturele hulpverlening van de RIAGG en het voorkomen van onnodig somatisch zorggebruik in Marokko. Voor zover nodig geschiedde de financiering uit de middelen die voor zorgvernieuwing beschikbaar waren gesteld. De regelgeving zoals die toen luidde, verzette zich hier niet tegen. Sinds het opnemen van artikel 7a in de Regeling zorgaanspraken AWBZ⁵ is dit niet meer mogelijk.</p> <p>Januari 2007 blijkt uit berichten in de media dat de RIAGG Rotterdam nog steeds meereist met de Marokkanen naar Marokko om daar ter plaatse RIAGG-zorg te verlenen. Volgens de media is RIAGG Rijnmond aan vakantiegangers toch GGZ-zorg in Marokko blijven bieden.</p>	

(Mogelijke) discrepantie wetgeving en praktijk

In art. 7a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ is bepaald dat een AWBZ-verzekerde gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten Nederland geen aanspraak heeft op zorg indien deze zorg wordt verleend door een instelling (als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder d, onderdeel 1, AWBZ), zoals bij voorbeeld de RIAGG. Nu RIAGG Rijnmond lijkt mee te reizen naar Marokko, ondanks dat artikel 7a van die Regeling hieraan in de weg staat, zou hier sprake kunnen zijn van een mogelijke discrepantie met de regelgeving.

Omvang en bekostiging

Volgens RIAGG Rijnmond betreft het slechts een heel klein aantal patiënten. RIAGG Rijnmond geeft aan de kosten die hiermee gemoeid zijn, te betalen uit een potje 'internationalisering voor de zorg'. De NZa geeft hierover aan dat er tot en met 2006 op de begroting van het RIAGG Rijnmond onder het hoofdstuk "Zorgvernieuwingprojecten" een project "Internationalisering" voorkomt. NZa heeft een onderzoek hiernaar ingesteld en bij brief van 27 april 2007 gemeld dat slotconclusie van het onderzoek is dat binnen de kaders van wet- en regelgeving van de AWBZ is gehandeld. RIAGG Rijnmond heeft in 2005 en 2006 gedurende zes weken in de zomermaanden twee medewerkers bij staatsziekenhuizen in Marokko gedetacheerd als onderdeel van het reeds lopende zorgvernieuwingproject Interculturalisatie met als doelstelling het stimuleren van kennisbevordering van medewerkers. Dit project is goedgekeurd door Zorgkantoor Rotterdam.

Aanvankelijke doelstelling

Artikel 7a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ is bij besluit van 21 maart 2005 (Stcrt. 2005, 56) toegevoegd als nieuw artikel. Tot het inwerkingtreden van dat artikel gold de beperking van de aanspraak op zorg (als bedoeld in de artikelen 4 t/m 8 van het BZA. Het betreft hier dus niet alleen extramurale GGZ-zorg.) niet en was het nareizen van een bij een zorgaanbieder aanspraak op zorg gedurende het reizen of het tijdelijk verblijf buiten Nederland niet beperkt. In de toelichting bij deze wijziging is aangegeven dat de minister geen voorstander is dat zorgverlenende personen en instellingen hun patiënten achterna reizen om ten laste van de sociale ziektekostenverzekering regeling in het buitenland hun diensten aan te bieden. Het nareizen kan een kostenverhogend effect hebben en de aanwezige behandelcapaciteit die voor AWBZ-verzekerden in de vestigingsplaats van de desbetreffende instelling in beginsel voorhanden is, kan daardoor worden uitgehold.

Handhaving

In de media wordt gesuggereerd dat deze zorg nog steeds ten laste van de AWBZ wordt verleend terwijl dit door invoering van artikel 7a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ niet zou mogen. Een vraag die daarbij speelt is of met de manier waarop deze zorg wordt verleend (hulpverleners van in Nederland gevestigde zorgaanbieders die in het buitenland GGZ-zorg

⁵ Besluit van 17 maart 2005, Stcrt. 2005, 56.

leveren) de regelgeving wordt omzeild. Uit de brief van de NZa van 27 april 2007 blijkt dit niet het geval te zijn.

Aanbeveling

Beoogd is om in 2008 de GGZ-zorg over te hevelen naar de Zvw. In de Zvw is de dekking van zorg anders geregeld dan in de AWBZ. In de Zvw kan de verzekerde zelf kiezen waar hij de zorg inroept. Anders dan in de AWBZ hoeft zorg niet geleverd te worden door een instelling. Na overhevelen van de GGZ-zorg naar de Zvw kan de verzekerde GGZ-zorg in Marokko krijgen, ook RIAGG-zorg die aldaar wordt verleend door een zorgverlener uit Nederland. Echter het verblijf en de reis van deze zorgverlener komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Voorbeeld: Woonzorgcentra in Suriname

Tijdelijk verblijf intramurale AWBZ-zorg

Nationaal: art. 10, tweede lid (oogmerkzorg), en art. 11 AWBZ

	Woonzorgcentra in Suriname	
	<p>Het project 'Goed verzorgd in Suriname' is een initiatief van: Royalcare Residence (RCR), Axion-Continu Groep (grote verpleeghuisketen in Utrecht en IJsselstein), Stichting Fontis (Amsterdam) en Stichting Woon- en Zorgcentra Haaglanden, Agis zorgverzekeringen, overheid van Suriname en gemeente Amsterdam.</p> <p>Doel is: zorgcentrum (van vorm van thuiszorg tot verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg) ontwikkelen in Suriname voor AWBZ-verzekerde ouderen van Surinaamse oorsprong. De initiatiefnemers geven aan dat het zorgcentrum in Suriname in eerste instantie is gericht op care. Ze schrijven in hun projectplan "Goed verzorgd in Suriname" van november 2005 dat de zorg die zij willen aanbieden varieert van lichte tot complexe zorg. In dit plan staat verder dat het gaat om "een vorm van thuiszorg tot en met verpleeghuiszorg" en dat "Het zorgcentrum zal in ieder geval beschikken over de volgende functies: somatische zorg, psychogeriatrische zorg, een wijkpostfunctie, dagopvangmogelijkheden en mogelijkheden voor ziekenhuisverplaatste zorg en revalidatie, waardoor de zorg integraal kan worden aangeboden."</p> <p>Met dit initiatief wil men Surinaamse ouderen de gelegenheid bieden tijdelijk of voor langere tijd de laatste levensjaren in het land van oorsprong te verblijven. Men geeft aan dat het de Nederlandse overheid een kostenbesparing oplevert en dat het een impuls betekent voor de arbeidsmarkt in Suriname, zoals terugdringen werkloosheid autochtone en allochtone Surinamers en uitwisseling kennis en kunde.</p> <p>Men denkt aan een nog te bouwen centrum in het plangebied Mariënborg in Paramaribo voor ongeveer 128 cliënten.</p>	

(Mogelijke) discrepantie wetgeving en praktijk

Suriname heeft een sociale ziektekostenverzekering. Intramurale AWBZ-zorg wordt echter alleen geleverd in de ziekenhuizen in Paramaribo en Nickerie. Door de invoering van het instellingsbegrip in de AWBZ in 2005 mag AWBZ-zorg in het buitenland alleen worden geleverd in een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel. Het nieuw te bouwen centrum valt daar (nog) niet onder. Indien RCR door Suriname wordt toegelaten als instelling en daarmee dus zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel, dan kunnen AWBZ-verzekerde ouderen van Surinaamse oorsprong, indien zij voor die zorg een indicatie hebben, naar Suriname reizen om daar (tijdelijk) zorg te halen.

Uit het projectplan blijkt dat het de bedoeling is productieafspraken aan te gaan tussen RCR en Agis zorgverzekeringen. De tarieven komen vervolgens voort uit het Nederlandse zorgstelsel en

zullen berekend worden naar de Surinaamse situatie. RCR te Rojas (Spanje) heeft in 2004 van CVZ een toelating in het buitenland gekregen als AWBZ-instelling.

De jarenlange praktijk in Spanje als toegelaten instelling heeft als precedent gewerkt voor het ontwikkelen van dit plan. Bekeken moet worden of dat in de besluitvorming rond dit project consequenties met zich brengt.

Hierbij is tevens van belang of deze mensen als zij gebruik maken van dit project en langere tijd in Suriname verblijven, ingezetene blijven van Nederland en daarmee AWBZ-verzekerd. De Svb stelt dat bij de beoordeling van ingezetenschap (o.a. grond voor AWBZ-verzekering) de inschrijving bij de gemeente leidend is en dat verder wordt gekeken naar de familiesituatie en de juridische, economische en sociale binding met elk land. De Svb gaat ervan uit dat bij een langer verblijf in het buitenland die band met het buitenland steeds sterker wordt. Een verblijf van korter dan een jaar in het buitenland is voor de Svb op zichzelf geen reden om aan te nemen dat de band met Nederland verbroken is. Voor het afwisselend wonen in Nederland en in een ander land geldt, zo geeft de Svb aan, dat als iemand enkele jaren achter elkaar 6 maanden of meer in het buitenland verblijft, dat dan – geleidelijk- na een periode van 2-3 jaren de woonplaats kan wisselen als de binding met het buitenland groter wordt dan de binding met Nederland. De Svb geeft verder aan dat het zorgaspect ook meeweegt wat betreft sociale en economische binding. Als iemand met toestemming van de zorgverzekeraar in het buitenland in een verpleegtehuis verblijft, beëindigt dat –volgens de Svb- het wonen in Nederland niet zolang er sprake is van een terugkeerwens naar Nederland van betrokkene.

Omvang en bekostiging

De projectorganisatie denkt aan een capaciteit van circa 128 cliënten.

De investeringen voor de bouwkosten worden geschat op € 7.5 miljoen. In een verkennend gesprek is gevraagd of het ministerie van VWS deze kosten wil financieren.

Aanvankelijke doelstelling

De invoering van het instellingsbegrip in de AWBZ in 2005 maakt dat aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland slechts mag worden verleend in een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel (dan wel een door het CVZ in het buitenland toegelaten instelling).

Handhaving

Toezicht speelt hier nog geen rol omdat het project nog moet worden gerealiseerd. Als dit project is gerealiseerd dient te worden gecontroleerd of dat zorgcentrum in het kader van het in Suriname geldende sociale zekerheidsstelsel zorg levert. Daarnaast dient toezicht te worden gehouden of cliënten die daar verblijven ingezetene van Nederland zijn en op die grond AWBZ-verzekerd of dat zij slechts een postadres in Nederland hebben en feitelijk in Suriname wonen. In dat laatste geval is namelijk de grond voor AWBZ-verzekering vervallen. De NZa moet controleren of de zorgverzekeraars rechtmatig AWBZ-zorg vergoeden die is verleend aan AWBZ-verzekerden.

Aanbeveling

Indien het project in Suriname een aldaar gevestigde rechtspersoon wordt die in dat land zorg verleend ingevolge het in Suriname geldende sociale zekerheidsstelsel zou de instelling daarmee voldoen aan het instellingsbegrip zoals is bepaald in artikel 1, onder d, onderdeel 2, AWBZ. In dat geval zou er geen sprake zijn van discrepantie met de regelgeving.

Indien er niet aan het instellingsbegrip wordt voldaan kunnen de kosten niet ten laste van de AWBZ worden gebracht.

Voorbeeld: De Wielborgh; wooncomplex voor verzorging en verpleging in Spanje
Nationaal: artikel 10, tweede lid (oogmerkzorg) en 11 AWBZ

De Wielborgh	
Dit voorbeeld betreft het opzetten van een wooncomplex in Zuid-Spanje vlakbij de Portugese grens. In dat park worden ruim 240 koopwoningen (appartementen, penthouses en geschakelde villa's) en vakantiestudio's en een uitgebreid parkcentrum met allerlei faciliteiten gebouwd. Beoogde datum oplevering woonpark staat op de website vermeld als augustus 2007.	

Een zelfde soort voorbeeld als het woonzorgcomplex in Suriname is De Wielborgh. Deze instelling geeft aan dat AWBZ-verzekerde 50-plussers een combinatie van een koopwoning met AWBZ-zorg in Spanje kunnen genieten. Hierbij is ook van belang of deze cliënten AWBZ-verzekerd blijven. Zie hetgeen hierover is vermeld bij het voorbeeld 'Woonzorgcentra in Suriname' onder het kopje "Mogelijke discrepantie wetgeving en praktijk".

Verder mag door de invoering van het instellingsbegrip in de AWBZ in 2005 AWBZ-zorg in het buitenland alleen worden geleverd in een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel of in een door het CVZ in het buitenland toegelaten instelling.
De Wielborgh geeft aan dat gewerkt wordt met Nederlandse medewerkers van De Wielborgh; zij reizen daarvoor af naar Spanje en verblijven daar enige tijd. Indien dit het geval is lijkt hier strijd met de invoering van artikel 7a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ (zie hetgeen hierover is gemeld bij het voorbeeld RIAGG-zorg in Marokko)

Voorbeeld 'Overwinteren' in Spanje en Portugal

Nationaal: art. 10, tweede lid (oogmerkzorg), en artikel 11, AWBZ

'overwinteren' in Spanje en Portugal	
<p>Veel ouderen gaan in het najaar naar bijvoorbeeld Spanje om daar in een plezierig klimaat te 'overwinteren'. Een AWBZ-verzekerde met een indicatie voor bijvoorbeeld verpleging, persoonlijke verzorging kan deze extramurale zorg ook (zonder toestemming) buiten Nederland, in een andere lidstaat, ontvangen.</p> <p>De zorg kan worden verleend door een niet-gecontracteerde persoon of instelling, maar deze instelling moet wel zorg verlenen in het kader van het stelsel van de desbetreffende lidstaat of een door CVZ in het buitenland toegelaten instelling zijn.</p> <p>Er zijn diverse (Nederlandse) organisaties die AWBZ-zorg (waaronder thuiszorg) in het buitenland bieden. Deze instellingen geven aan dat AWBZ-verzekerden tijdens een vakantie in het buitenland in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van AWBZ-zorg ten laste van de AWBZ. Zij geven aan dat wel een eigen bijdrage betaald moet worden die afhankelijk is van de hoogte van het inkomen.</p> <p>Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient de AWBZ-verzekerde een indicatie voor die zorg te hebben. Indien de AWBZ-verzekerde een afschrift van het indicatiebesluit heeft gestuurd, geven de organisaties aan in het buitenland dezelfde zorg te kunnen verlenen.</p> <p>Eén van die instellingen betreft de Samenwerkende Buitenlandse Zorgorganisaties. Deze organisatie geeft aan de zorg te leveren in Spanje (Costa del Sol, Mallorca, Gran Canaria, Tenerife, Costa Brava) en in Portugal (Algarve). In Spanje levert ook een andere instelling, Thuiszorg Costa Blanca de thuiszorg.</p>	

	<p>Sinds de inwerkingtreding van de Zvw is een (groot) deel van het cliëntenbestand van deze organisaties niet langer AWBZ-verzekerd (zie de voetnoot in hoofdstuk 2 bij het Overzicht aantallen AWBZ-verzekerden die in het buitenland wonen in 2005 en 2006). Voormalig ziekenfondsverzekerde AWBZ-verzekerden en voormalig vrijwillig AWBZ-verzekerden die op 1 januari 2006 al aanspraak hadden op een vergoeding van de kosten van zorg op grond van de AWBZ behouden die vergoeding.</p> <p>De Thuiszorg Costa Blanca heeft naar aanleiding hiervan oktober 2004 een brief aan VWS gezonden waarin deze organisatie verzoekt de regeling voor de mensen die verdragsrecht kregen te handhaven.</p>	

(Mogelijke) discrepantie wetgeving en praktijk

In februari 2005 is met de invoering van de Wet HOZ de definitie van een instelling gewijzigd (artikel 1, eerste lid, onderdeel d, AWBZ). Een instelling is gedefinieerd als een toegelaten instelling of een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel. Verder is er een beperkt aantal instellingen in het buitenland die van het CVZ een toelating hebben gekregen. Het CVZ was tot de inwerkingtreding van de Wtzi bevoegd op basis van de AWBZ toelatingen af te geven. De in het voorbeeld genoemde organisaties zijn niet toegelaten door het CVZ. Er is hier dus sprake van discrepantie met wetgeving.

Daarnaast is het hierbij van belang of de desbetreffende 'overwintersaars' AWBZ-verzekerd blijven. Zie voetnoot 3 bij het voorbeeld De Wielborgh.

Omvang en bekostiging

Uit de cijfers van één zorgverzekeraar blijkt het bedrag aan geleverde AWBZ-zorg door genoemde organisaties voor 2005 een kleine € 20.000 te bedragen en voor 2006 € 67.500.

Aanvankelijke doelstelling

De wijziging van het instellingsbegrip in de AWBZ in 2005 maakt dat aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland slechts mag worden verleend in een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel.

Er zijn instellingen die van het CVZ een toelating voor onbepaalde tijd hebben gekregen. Deze instellingen verlenen tot op heden in het buitenland AWBZ-zorg ten laste van de AWBZ. Het CVZ was tot de inwerkingtreding van de Wtzi op 1 januari 2006 bevoegd op basis van de AWBZ toelatingen af te geven. In het kader van die bevoegdheid heeft het CVZ op verzoek van in het buitenland gevestigde instellingen in een beperkt aantal gevallen een toelating afgegeven. Op basis van de Wtzi kunnen geen toelatingen aan buitenlandse instellingen meer worden afgegeven.

Handhaving

Ten aanzien van een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel doet zich voor een zorgverzekeraar praktisch het probleem voor hoe vast te stellen dat de verzekerde die voor geleverde AWBZ-zorg een nota indient, die zorg ook daadwerkelijk geleverd heeft gekregen.

Aanbeveling

Tot de invoering van het gewijzigde instellingsbegrip was er geen belemmering om de in dit voorbeeld genoemde zorg in Spanje of Portugal te vergoeden. De consequentie van de invoering van het gewijzigde instellingsbegrip is beëindiging van de financiering van deze zorg. Bekeken moet worden hoe de wijziging van het instellingsbegrip in de AWBZ consequenties voor deze zorgverlening met zich brengt. Een gevolg hiervan is dat AWBZ-zorg waarop AWBZ-verzekerden in het buitenland aanspraak hebben per land erg kan verschillen.

Het is de vraag of de CVZ-toelatingen van instellingen in het buitenland in stand moet blijven.

De wijziging van het instellingsbegrip in de AWBZ (artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 2) is in werking getreden in 2005. Zoals in hoofdstuk 5 is aangegeven is de reden van deze wijziging het wegnemen van formele belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een ander land om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen en daarnaast het in de hand houden van de kosten en het waarborgen van de kwaliteit van de zorg.

Voorbeeld Castle Craig

Tijdelijk verblijf intramurale AWBZ-zorg

Nationaal: art. 10, tweede lid (oogmerkzorg), en art. 11 AWBZ

Internationaal: Vo 1408/71

Castle Craig	
<p>Begin 2000 heeft Castle Craig Hospital, een in Schotland gevestigde kliniek die individuele ontwenningbehandeling geeft aan alcohol- en drugsverslaafden, een aanvraag om toelating krachtens de AWBZ bij het CVZ ingediend. CVZ gaf toentertijd aan dat voor gebieden buiten Nederland toelatingsvoorschriften ontbraken. CVZ constateerde daarop dat de toelating voor instellingen gevestigd buiten Nederland derhalve niet kon worden geweigerd. Een tweede voorwaarde voor toelating volgt, zo meldde CVZ, uit (het inmiddels vervallen) artikel 8 AWBZ en hield in dat de instelling in ieder geval wettelijk omschreven zorg moest leveren.</p> <p>Castle Craig verleent zorg zoals omschreven in artikel 20 BZA. Conclusie van CVZ was dat er geen grond was de toelating op grond van de tweede voorwaarde te weigeren. CVZ heeft Castle Craig per 1 juli 2000 een toelating op grond van de AWBZ verleend.</p> <p>Castle Craig is een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in Schotland zorg verleend in het kader van het in het Verenigd Koninkrijk geldende sociale zekerheidsstelsel.</p> <p>Het is bekend dat er een zorgverzekeraar is die machtigingen geeft voor behandeling in deze instelling voor verslavingszorg in het buitenland. De zorgverzekeraar eist vanzelfsprekend een kopie van het indicatiebesluit. De zorgverzekeraar vergoedt de ingediende nota, mits deze voldoet aan de machtiging onder aftrek van de eigen bijdrage waar van toepassing. De zorgverzekeraar heeft aangegeven dat de machtigingen worden verleend om de in Nederland voorkomende wachtlijsten te verkorten. Er moet blijken dat in Nederland geen tijdige en adequate behandeling kan worden geboden. Daarnaast heeft de zorgverzekeraar aangegeven dat de kwaliteit van de zorg van de desbetreffende instelling bij de verlening van de machtigingen ook een rol heeft gespeeld.</p> <p>Met alle instellingen die structureel AWBZ-zorg in het buitenland verlenen, waaronder Castle Craig, zijn declaratieafspraken gemaakt, zodanig dat deze instellingen rechtstreeks namens verzekerden kunnen aanvragen en declareren. De zorgverzekeraar betaalt dan rechtstreeks aan deze instellingen.</p> <p>In 2006 betreft het bij de desbetreffende zorgverzekeraar 37 maal toestemming.</p>	

Mogelijke discrepantie wetgeving en praktijk

Castle Craig is een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in Schotland zorg verleent in het in het VK geldende sociale zekerheidsstelsel. Hiermee voldoet Castle Craig aan het instellingsbegrip zoals is bepaald in artikel 1, onder d, onderdeel 2, AWBZ. Er is hier dus geen sprake van een discrepantie. Daarnaast is Castle Craig een door CVZ toegelaten instelling.

Omvang en bekostiging

Voor zover bekend is er één zorgverzekeraar die contractuele afspraken heeft gemaakt voor behandeling van hun AWBZ-verzekerden met Castle Craig. Van deze zorgverzekeraar zijn in 2006 37 patiënten naar Castle Craig gegaan. De kosten die hiermee gemoeid zijn betreffen in 2006 een kleine € 751.000. Vergoeding vindt plaats tot maximaal het Nederlandse tarief.

Handhaving

Gezien het feit dat de zorgverzekeraar deze zorg alleen vergoedt na het afgeven van een machtiging is controle en toezicht afgedicht.

Aanbeveling

Aangezien er geen discrepantie is met de wet- en regelgeving en blijkt dat bij de beoordeling een weging plaats vindt of er in Nederland tijdig en adequaat behandeld kan worden is er geen reden om deze mogelijkheid te beperken.

Overigens is beoogd om in 2008 de GGZ-zorg over te hevelen naar de Zvw. Zie hetgeen hiervoor is opgenomen bij de aanbeveling bij het voorbeeld over RIAGG-zorg in Marokko.

Voorbeeld: Het Zand zorgspectrum; vakantiemogelijkheden voor verpleeghuiscliënten

Nationaal: Artikel 10, tweede lid (oogmerkzorg), en art. 11 AWBZ

	Het Zand	
	<p>Deze zorgaanbieder meldt dat cliënten van Zorgspectrum Het Zand sinds 1 juli 2006 vrijwel gratis van een geheel verzorgde luxe vakantie naar Spanje kunnen genieten. Zorgspectrum het Zand werkt bij dit project samen met RCR Health Centre, een Nederlandse zorginstelling met twee verzorgingshuizen in de omgeving van de Spaanse kustplaats Alicante. Omdat RCR Health Centre een AWBZ-erkende instelling is, worden de volledige zorg en het verblijf voor mensen met een verpleeghuisindicatie vergoed, zo geven zij aan. De cliënten hoeven alleen de vliegreis zelf te betalen. Meereizende familie/vrienden betalen uiteraard zelf reis- en verblijfskosten.</p> <p>Doel: Deze organisatie geeft aan dat het Zorgspectrum probeert in te springen op de wensen die er leven. Ouderen verdienen het om onbezorgd op vakantie te kunnen gaan. Bovendien is het een handige methode om wachtlijsten te verminderen. Cliënten worden hier uitgeschreven en in Spanje weer ingeschreven. De tijdelijke ruimte die hier vrijkomt, kan het Zorgspectrum goed gebruiken.</p> <p>Bij een verzorgingshuisindicatie wordt de verzorging op het vakantieadres door de verzekering vergoed, verblijf en vliegreis zijn voor eigen rekening. De precieze kosten zijn afhankelijk van de zorgverzekeraar. Het is bijvoorbeeld mogelijk om mensen die in Nederland nog op een wachtlijst staan in Spanje zorg te bieden die nodig is. De ouderen kunnen zelf vertrektijd en lengte van verblijf aangeven met een maximale duur van een half jaar.</p> <p>Het Zand geeft aan dat tot op heden minimaal van deze mogelijkheid gebruik is gemaakt.</p>	

(Mogelijke) discrepantie wetgeving en praktijk

Door de invoering van het instellingsbegrip in de AWBZ in 2005 mag AWBZ-zorg in het buitenland alleen worden geleverd in een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel. RCR heeft in 2005 van CVZ een toelating gekregen als AWBZ-instelling. Voor zover bekend levert RCR geen zorg in het kader van het in Spanje geldende socialezekerheidsstelsel.

Omvang en bekostiging

Volgens de gegevens van Het Zand wordt zeer minimaal van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. Het zou tot begin 2007 gaan om drie cliënten.

Door het vakantieverblijf in het buitenland staat het 'bed' in het verpleeghuis/verzorgingshuis in Nederland die periode leeg. Dubbel declareren is in theorie mogelijk binnen de verpleeghuiszorg

(verzorgingshuiszorg niet, want dan heeft de cliënt een eigen woonruimte voorzien van persoonlijke meubels en eigendommen). Een zorgverlener van de eigen organisatie zou in zo'n geval meereizen met de cliënt naar het (binnen/) buitenland waardoor er binnen de geldstroom niets wijzigt. Tegelijkertijd wordt in Nederland het 'bed' van de reizende cliënt tijdelijk beschikbaar gesteld voor een nieuwe cliënt en deze kosten worden vervolgens ook in rekening gebracht. Hierdoor zou sprake kunnen zijn van dubbele vergoeding ten laste van de AWBZ.

Handhaving

Volgens een beleidsregel van de NZa wordt een afwezigheidsdag van een bewoner (behoudend bij afwezigheid wegens ziekte) tevens als verpleegdag in aanmerking genomen zolang de afwezigheid per keer niet langer duurt als zeven dagen. De kans van dubbel declareren is gering omdat deze bedden veelal niet (tussentijds) herbezet worden.

De kosten van het verblijf in het buitenland worden door de uitvoeringsorganen AWBZ (zorgverzekeraars) afgehandeld. De accountant van de instelling heeft hierop dus geen zicht.

Aanbeveling

De jarenlange praktijk in Spanje als door CVZ toegelaten instelling van RCR heeft als precedent gewerkt. Bekeken moet worden hoe de wijziging van het instellingsbegrip in de AWBZ consequenties voor deze zorgverlening met zich brengt.

Een gevolg hiervan is dat AWBZ-zorg waarop AWBZ-verzekerden in het buitenland aanspraak hebben per land erg veel kan verschillen.

Voorbeeld Persoonsgebonden budget

Nationaal: Artikel 44 AWBZ, Paragraaf 2.6 Regeling subsidies AWBZ

Persoonsgebonden budget	
	<p>AWBZ-verzekerden die reeds een indicatie voor AWBZ-zorg hebben en zorg in natura ontvangen die op vakantie gaan vragen voor de vakantieperiode tijdelijk een PGB aan om in het vakantieland de benodigde zorg in te kopen.</p> <p>De verzekerde vraagt een persoonsgebonden budget aan bij het zorgkantoor en dient te beschikken over een indicatiebesluit waaruit blijkt dat hij is aangewezen op persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding (en vervoer), kortdurend verblijf of verblijf.</p>

Mogelijke discrepantie tussen wetgeving en praktijk

Een AWBZ-verzekerde heeft op basis van artikel 44 AWBZ en paragraaf 2.6 Regeling subsidies AWBZ aanspraak op PGB. Bij de aanvraag van een persoonsgebonden budget is niet van belang bij wie de verzekerde de zorg betreft, dat kan hij dus ook voor zijn tijdelijk verblijf in het buitenland doen. Van belang hierbij is wel het vereiste dat, indien de verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en in het buitenland zorgverleners contracteert die niet vallen onder Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend volgens een aangepast tarief. Het CVZ stelt een aanvaardbaarheidspercentage vast voor de verschillende landen. Zo krijgt iemand die langer dan zes weken naar Spanje op vakantie gaat een percentage PGB van 87%. Iemand die naar de Ardennen gaat krijgt in die situatie 100%.

Er is geen discrepantie tussen regelgeving en de praktijk.

Aanvankelijke doelstelling

Doelstelling van het PGB is dat verzekerden in hun keuze niet meer uitsluitend beperkt zijn tot de toegelaten en gecontracteerde zorgaanbieders. Met een PGB kunnen de voor zorg geïndiceerde verzekerden zelf bepalen en organiseren welke zorgverleners zij inschakelen en op

welk tijdstip deze zorgverlening plaatsvindt. Budgethouders kunnen dat zelf organiseren en daar zelf afspraken over maken met de door hen ingeschakelde zorgverleners.

De PGB-subsidieparagraaf biedt de mogelijkheid om bij verblijf in het buitenland (= niet woonachtig zijn in het buitenland) het PGB mee te nemen. Bij een aaneengesloten verblijf in het buitenland langer dan 6 weken wordt de hoogte van het PGB aangepast aan het kostenniveau in het (tijdelijke) verblijfand. Deze mogelijkheid van PGB in het buitenland is bedoeld om verzekerden die in Nederland hun zorg via een PGB regelden, die mogelijkheid ook te bieden bij tijdelijk verblijf in het buitenland.

In dat licht zijn vraagtekens te zetten bij de situatie dat een verzekerde met een indicatie voor AWBZ-zorg die in Nederland geen gebruik maakt van een PGB maar van zorg in natura, gedurende het tijdelijk verblijf in het buitenland wel een PGB krijgt. Dat is niet in overeenstemming met de bedoeling. De tekst van de subsidieparagraaf verbiedt dat echter niet.

Handhaving

De controle op de zes weken grens is omslachtig. Indien de verzekerde niet opgeeft dat hij zorgverleners contracteert die niet vallen onder Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, moeten de bonnen gecontroleerd worden. Bij de PGB-regeling is een controleprocedure van globale (100%) en intensieve controles (5%) van kracht. Bij deze controles vindt het controleren van 'bonnen' standaard plaats.

Aanbeveling

Het ligt voor de hand om een verzekerde die in Nederland bij langdurige zorgverlening er voor kiest geen gebruik te maken van een PGB, dat bij tijdelijk verblijf in het buitenland ook niet toe te staan. Dus alleen PGB bij tijdelijk verblijf in het buitenland indien de verzekerde tijdens zijn verblijf in Nederland voor diezelfde geïndiceerde AWBZ-zorg ook gekozen heeft voor een PGB. Bij naturazorg in Nederland geen recht op een PGB dat verleend wordt uitsluitend voor tijdelijk verblijf in het buitenland.

Hoofdstuk 6. Analyse

In voorgaande hoofdstukken is in beeld gebracht aan wie, wanneer, waar en in welke omvang, AWBZ-zorg in het buitenland geleverd kan worden.

Hierna volgt een analyse in welke omstandigheden het verlenen van AWBZ-zorg aan AWBZ-verzekerden in het buitenland plaatsvindt.

Tijdelijk verblijf ivm uitoefening van bedrijf of beroep

Het betreft de situatie dat een AWBZ-verzekerde tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland in verband met uitoefening van bedrijf of beroep die zorg nodig heeft. Deze situatie zal zich in de praktijk zeer beperkt voordoen. Te denken valt aan een crisisopname in een GGZ-instelling. Het ligt voor de hand dat alles in het werk zal worden gesteld om deze AWBZ-verzekerde zo spoedig mogelijk naar Nederland te laten terugkeren. Omdat het hier zorgverlening betreft in noodsituaties die niet kunnen worden voorkomen, zal deze mogelijkheid in stand dienen te blijven.

Vakantie

Daarnaast betreft het een AWBZ-verzekerde die tijdens vakantie gebruik moet blijven maken van AWBZ-zorg of daarop aangewezen raakt. Voor de mogelijkheid van het op vakantie gaan van AWBZ-geïndiceerde verzekerden wordt steeds meer reclame gemaakt. Hierbij geven de gespecialiseerde reisorganisaties aan dat de cliënten tijdens hun vakantie gebruik kunnen blijven maken van AWBZ-zorg. Deze zorg wordt thans verleend door instellingen die in het kader van het ter plaatse geldende sociale verzekeringsstelsel zorg verlenen. Verder wordt deze zorg ook verleend door instellingen in het buitenland die CVZ heeft toegelaten. De zorg waarop hier bedoeld wordt betreft thuiszorg, ggz-zorg, en zorg in verplegings- en verzorgingshuizen. In de praktijk lijkt hier wat betreft intramurale zorg weinig gebruik van te worden gemaakt. Wel worden projecten ontwikkeld om instellingen waar AWBZ-zorg wordt verleend te realiseren.

Voorbeeld hiervan is het woonzorgcentrum in Suriname. Bedoeling is plaats te creëren voor enige maanden voor verpleeghuisbewoners van Surinaamse afkomst. Als deze mogelijkheid wordt gerealiseerd zou het woonzorgcentrum om de kosten ten laste van de AWBZ te laten komen in het kader van het in Suriname geldende sociale zekerheidsstelsel zorg moeten verlenen aan Surinaamse verzekerden. Verder is van belang dat de cliënten die vanuit Nederland in Suriname in dit woonzorgcentrum hun zorg krijgen, AWBZ-verzekerd blijven. Als deze mensen niet langer ingezetene van Nederland zijn kan die zorg niet meer ten laste van de AWBZ worden gebracht. Een ander voorbeeld waarbij aanspraak wordt gemaakt op intramurale zorg in het buitenland is revalidatiezorg langer dan één jaar. Iemand die moet revalideren in een AWBZ-instelling kan hiervoor naar een instelling in het buitenland. Dit kan prettig zijn voor de cliënt omdat de zorgaanbieders bijvoorbeeld in de instelling zijn taal spreken. Het in de hand houden van de kosten ten laste van de AWBZ, pleit ervoor deze vakantiemogelijkheid dan wel revalidatiebehandeling beperkt te houden en op de hiervoor genoemde aspecten strikt toe te zien.

Verder is bekend dat verpleeghuizen bewoners een vakantiemogelijkheid bieden voor een beperkte periode, zowel in Nederland als mogelijk in het buitenland. Als die vakantie maximaal zeven dagen duurt en de verpleeghuisplaats in takt blijft, zal de bekostiging plaatsvinden uit het verpleeghuisbudget. Dit komt in de praktijk voor maar deze 'vakanties' blijven onopgemerkt voor de zorgverzekeraar en de toezichthouder. Een cliënt kan bijvoorbeeld gebruik maken van een 'zorghotel'. Een zorghotel hoeft niet aan het instellingsbegrip te voldoen. Alleen de zorgkosten (bed) worden vergoed, voor de rest zal cliënt een extra bijdrage moeten betalen (waar het hotel de kapitaallasten en dergelijke uit vergoedt).

'Oogmerkzorg'

Verder gaat het om AWBZ-verzekerden die niet tijdig in Nederland zorg verleend kunnen krijgen en ter omzeiling van de wachtlijst toestemming vragen voor het invoeren van zorg in het buitenland. Een voorbeeld hiervan is de behandeling in Castle Craig. Castle Craig is een instelling die in het kader van het sociale zekerheidsstelsel van Verenigd Koninkrijk zorg verleent. Ter oplossing van de wachtlijstproblematiek is er geen reden om in deze mogelijkheid wijziging aan te brengen.

Bovendien zijn er verzekerden die vanwege de kwalitatief goede zorg naar een buitenlandse instelling gaan om de zorg te verkrijgen.

AWBZ-zorg bij wonen in het buitenland

Vervolgens betreft het AWBZ-verzekerden die in het buitenland wonen en aangewezen raken op AWBZ-zorg. Het zal afhankelijk zijn van de voorzieningen die in het woonland bestaan om AWBZ-zorg te verlenen, of in dat geval iemand zal besluiten aldaar te blijven of terug te keren naar Nederland. Het betreft hier bijvoorbeeld Nederlandse ambtenaren en hun gezinsleden in het buitenland en Nederlanders in dienst van een publiekrechtelijke rechtspersoon en hun gezinsleden in het buitenland. Deze categorieën zijn bewust onder de kring van verzekerden volksverzekeringen gehouden. Omgekeerd geldt hetzelfde voor deze groepen van personen die in Nederland wonen. Zij blijven verzekerd in het land van afkomst.

Hoofdstuk 7. Conclusies en aanbevelingen

Uit deze notitie blijkt dat de afgelopen jaren zorgaanbieders en verzekerden naar mogelijkheden zoeken om AWBZ-zorg in het buitenland vergoed te kunnen krijgen.

Hier kunnen verschillende redenen voor zijn, variërend van vakanties en kort verblijf tot de keuze voor een bepaalde zorgaanbieder vanwege de kwaliteit van de zorg of de taal van de hulpverlener.

De omschrijving van de voorbeelden tot verkrijging van AWBZ zorg in het buitenland en de wijze waarop de financiering hiervan tot stand komt, laat zien dat het hoofdbeginsel van de AWBZ, een naturastelsel met in bijzondere gevallen de mogelijkheid tot een vergoeding, niet helder tot uitdrukking komt. De bijzondere omstandigheden waaronder de verzekerde zijn zorg via vergoeding op grond van artikel 11, AWBZ en artikel 20 BZA en de Regeling hulp in bijzondere

omstandigheden AWBZ-zorg vergoed kan krijgen, zijn zo ruim omschreven dat een AWBZ-verzekerde feitelijk altijd hiervoor in aanmerking kan komen.

Naast de mogelijkheden die de AWBZ zelf biedt, kent ook het Europees recht mogelijkheden om AWBZ-zorg in het buitenland in te roepen en vergoed te krijgen. In de loop der jaren is een uitgebreide jurisprudentie van het Europees Hof van Justitie ontstaan die zich hoofdzakelijk heeft toegespitst op de vraag onder welke omstandigheden toestemming voor een medische behandeling niet mag worden geweigerd en op de omvang van de vergoeding voor die behandeling.

De grenzen van de AWBZ zijn en worden opgezocht om de levering van AWBZ-zorg in het buitenland mogelijk te maken. Er was tot op heden geen inventarisatie en analyse gemaakt van de mogelijkheden van het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland, de omvang ervan en de daarmee samenhangende kosten. Deze notitie is opgesteld om hierin te voorzien. Het is van belang op dit gebied eenduidig beleid in te zetten en keuzes te maken.

Welke keuze ook wordt gemaakt, in ieder geval is van belang een transparant systeem te ontwikkelen waarin op een consistente wijze deze keuze wordt uitgewerkt. Van groot belang daarbij is dat de kosten worden beheerst.

Transparantie van het systeem en de mogelijkheden van het verlenen van AWBZ-zorg in het buitenland zijn van groot belang. Daartoe dient de regelgeving te worden aangescherpt. Dit zowel als het gaat om begrenzing van de mogelijkheden tot het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland, als de handhavingsaspecten.

Daarbij moet worden vooropgesteld dat bij het nemen van eventuele beperkende maatregelen ten aanzien van de aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland geen –directe, noch indirecte-discriminatie ontstaat tussen aanspraken binnen Nederland en aanspraken in de EU-, EER-, Zwitserland of verdragslanden. Dit in verband met de bepalingen betreffende het vrij verkeer van diensten.

Bij de begrenzing van de mogelijkheden om AWBZ-zorg in het buitenland te verkrijgen kan worden overwogen om deze zorg alleen via een contract tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder te realiseren dan wel via een toestemmingsvereiste bij oogmerkzorg en de bijzondere vergoedingsmogelijkheden krachtens artikel 11 van de AWBZ te beperken.

De politieke afweging die een rol speelt is of de Nederlandse bevolking wil betalen voor de Nederlandse AWBZ-verzekerde die als toerist zijn zorg in Spanje of in Suriname wil ontvangen. Het is mogelijk dat AWBZ-verzekerden gedurende enige jaren in het buitenland kunnen 'overwinteren' en daarbij toch ingezetene van Nederland kunnen blijven, en derhalve AWBZ-verzekerd zijn. Bezien kan worden of de periode dat bepaalde AWBZ-zorg in het buitenland wordt genoten, kan worden beperkt.

1. Meereizen zorgaanbieders

Artikel 7a van de Regeling zorgaanspraken AWBZ maakt dat AWBZ-verzekerden geen aanspraak hebben op extramurale zorg indien die zorg buiten Nederland wordt verleend door een Nederlandse instelling. Dit maakt meereizen van Nederlandse zorgaanbieders naar bijvoorbeeld Marokko onmogelijk.

Een strikte handhavingsprocedure is hierbij van belang. Dit betekent dus toezicht door de toezichthouder, de NZa.

Aanbeveling: Strikte handhaving NZa hierbij bevorderen

2. Instellingsbegrip artikel 1, eerste lid, onderdeel d, AWBZ

In februari 2005 is met de invoering van de Wet HOZ de definitie van een instelling gewijzigd (artikel 1, eerste lid, onderdeel d, AWBZ). Een instelling is gedefinieerd als een toegelaten instelling of een in het buitenland gevestigde rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel.

In het geval desbetreffende organisaties hier niet aan voldoen is er sprake van discrepantie met wetgeving.

Er zijn instellingen die van het CVZ een toelating voor onbepaalde tijd hebben gekregen. Deze instellingen verlenen tot op heden in het buitenland AWBZ-zorg ten laste van de AWBZ. Dit is niet de bedoeling volgens de strekking van de Wet HOZ aangezien de instellingen binnen het sociale zekerheidsstelsel van het desbetreffende land zorg dienen te verlenen. Het CVZ was tot de inwerkingtreding van de Wtzi bevoegd op basis van de AWBZ toelatingen af te geven. In het kader van die bevoegdheid heeft het CVZ op verzoek van in het buitenland gevestigde instellingen in een beperkt aantal gevallen een toelating afgegeven. Op basis van de Wtzi kunnen geen toelatingen aan buitenlandse instellingen meer worden afgegeven.

Het is de vraag of deze toelatingen in stand moeten blijven. Thans is voor het intrekken van een toelating geen wettelijke grondslag aan te wijzen.

De wijziging van het instellingsbegrip in de AWBZ (artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 2) is in werking getreden in 2005. Zoals in hoofdstuk 5 is aangegeven is de reden van deze wijziging het wegnemen van formele belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een ander land, om zorg aan Nederlands verzekerden te verlenen en daarnaast het in de hand houden van de kosten en het waarborgen van de kwaliteit van de zorg.

Het hier bovenstaande in aanmerking nemend zij opgemerkt dat de politieke afweging die hierbij een rol speelt is of er behoefte bestaat aan het financieren vanuit het Nederlandse sociale zekerheidsstelsel van buitenlandse privé-instellingen/zorgaanbieders die zorg verlenen in het buitenland aan AWBZ-verzekerden en hiermee uitsluitend een inkomensbron voor deze zorgaanbieders te zijn. Bovendien is het waarborgen van de kwaliteit van de zorg een belangrijk aspect om zorgverlening te laten plaatsvinden in instellingen die in het desbetreffende land zorg verlenen in het kader van het aldaar geldende sociale zekerheidsstelsel.

Er zou kunnen worden besloten het instellingsbegrip los te laten, zodat de verzekeraar ruimere mogelijkheden krijgt om ook met privé-instellingen te contracteren en de verzekerde een ruimere mogelijkheid krijgt om een zorgaanbieder van zijn keuze te zoeken. Het gaat hier om het creëren van de mogelijkheid dat de verzekerde ook buiten het sociale zekerheidsstelsel van een bepaald land AWBZ zorg moet kunnen krijgen. Anders gezegd, de nationale wetgever brengt geen beperkingen meer aan in het instellingsbegrip en privé-instellingen kunnen dan (wereldwijd) AWBZ zorg leveren ten laste van de AWBZ. De verzekerde houdt dan aanspraak in de omvang van het Nederlandse pakket, ook indien deze zorg geen deel uitmaakt van het pakket van een ander land.

Gezien het regeerakkoord van het kabinet Balkenende IV is het van belang dat bij een dergelijke wijziging van het instellingsbegrip de kosten op een andere wijze in de hand worden gehouden. In het geval het instellingsbegrip wordt verruimd kan voor het vaststellen van de hoogte van de vergoeding gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid die de artikelen 10 en 11 AWBZ daartoe bieden. Er ontstaat dan een vergelijkbare vergoedingsbeperking zoals is geregeld in de Zorgverzekeringswet.

Over het vergoeden van zorg in een zorginstelling in het buitenland heeft het Europese Hof van Justitie op 19 april 2007 in een interessant geschil uitspraak gedaan (zie de zaak Stamatelaki in bijlage IV; C-444/05).

De prejudiciële vragen in dit geschil zijn de volgende:

- Is een nationale regeling die de kosten van behandeling in het buitenland alleen vergoedt als de zorginstelling werkzaam is in het kader van de sociale zekerheid in dat land, terwijl de mogelijkheden in eigen land ruimer zijn, strijdig met het vrij verkeer van diensten?
- Zo ja, is deze strijdigheid dan gerechtvaardigd uit oogpunt van dwingende redenen van algemeen belang (aantasting financieel evenwicht, handhaving stelsel)?
- Is deze belemmering van het vrij verkeer proportioneel?

In het arrest stelt het Hof dat wetgeving die wel vergoeding toestaat voor zorg in privé-klinieken in eigen land maar niet bij zorg in privé-klinieken in het buitenland in strijd is met EU-recht inzake

vrij verkeer. De Nederlandse wetgeving wordt door die uitspraak niet geraakt omdat die niet een zodanige algehele uitsluiting van vergoeding van zorg in buitenlandse privé-klinieken kent.

Aanbeveling: definitiebegrif artikel 1, eerste lid, onderdeel d, AWBZ in huidige vorm handhaven.

3. Definitie van aanspraak op AWBZ-zorg

In het Besluit zorgaanspraken AWBZ is de aanspraak op AWBZ-zorg geregeld. Voor de verschillende aanspraken geldt dat de zorg wordt verleend door een instelling. Door dit te regelen kan die zorg niet door bijvoorbeeld een privé-instelling of een particuliere verpleegkundige worden geleverd. Het laten vervallen van deze voorwaarde zou de deur openzetten naar zorgverlening door andere zorgaanbieders of andere zorginstellingen dan de instellingen die ingevolge het socialezekerheidsstelsel zorg verlenen. Bij het invoeren van AWBZ-zorg in het buitenland dient deze zorg te worden verleend door een rechtspersoon die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het aldaar geldende socialezekerheidsstelsel. Reden hiervan is het waarborgen van de kwaliteit van de zorg en het beheersen van de kosten van de zorg.

Met het geven van de mogelijkheid zorg ook te laten verlenen door privé-instellingen, vervalt deze waarborg. Verder dient dan, als hiervoor zou worden gekozen, voor de kostenbeheersing wel een aanvaardbaarheidstarief te worden vastgesteld. De vergoeding voor deze zorg is gelijk aan de gemaakte kosten voor deze zorg en bedraagt niet meer dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten. Deze variant benadert de mogelijkheid die de verzekerde heeft om aanbieders te kiezen zoals geregeld in de Zvw.

Aanbeveling: de aanspraak op AWBZ-zorg in de huidige vorm handhaven.

4. AWBZ-verzekering bij 'overwinteren'

Bij het verlenen van AWBZ-zorg in het buitenland bij 'overwinteren' is het van belang of de desbetreffende 'overwintersaars' AWBZ-verzekerd blijven. Zorgverzekeraars controleren of iemand die een zorgverzekering sluit AWBZ-verzekerd is. Bij twijfel kan de Svb worden gevraagd om een stand verzekering volksverzekeringen.

De Svb stelt dat bij de beoordeling van ingezetenschap (oa grond voor AWBZ-verzekering) de inschrijving bij de gemeente als leidend geldt en dat er verder wordt gekeken naar de familiesituatie en de juridische, economische en sociale binding met elk land. De Svb gaat ervan uit dat bij een langer verblijf in het buitenland die band met het buitenland steeds sterker wordt. Een verblijf van korter dan een jaar in het buitenland is voor de Svb op zichzelf geen reden om aan te nemen dat de band met Nederland verbroken is. Voor het afwisselend wonen in Nederland en in een ander land geldt volgens de Svb dat als iemand enkele jaren achter elkaar 6 maanden of meer in het buitenland verblijft, dat dan – geleidelijk- na een periode van 2-3 jaren de woonplaats kan wisselen als de binding met het buitenland groter wordt dan de binding met Nederland.

De Svb geeft verder aan dat het zorgaspect ook meeweegt wat betreft sociale en economische binding. Als iemand met toestemming van de zorgverzekering in het buitenland in een verpleegtehuis verblijft, beëindigt dat –volgens de Svb- het wonen in Nederland niet zolang er sprake is van een terugkeerwens naar Nederland van betrokkene.

Het vaststellen van AWBZ-verzekering vindt thans plaats door de zorgverzekeraar (artikel 9, AWBZ en artikel 4, Inschrijvingsbesluit AWBZ). De vaststelling van verzekering andere volksverzekeringen (Aow, Akw, Anw) vindt plaats bij de Svb. In verband met eenduidig beleid op het gebied van het vaststellen van deze verzekering ('wonen' in de zin van de volksverzekeringen) ligt het voor de hand om deze bevoegdheid voor vaststellen AWBZ-verzekering eveneens bij de Svb te leggen, dit betekent aanpassing van de regelgeving op dit punt.

Aanbeveling 1: kiezen voor vaststellen AWBZ-verzekering (in samenhang met vaststellen overige volksverzekeringen) door Svb: aanpassen regelgeving op dit punt.

Aanbeveling 2: bezien of de periode dat bepaalde AWBZ-zorg in het buitenland wordt genoten, kan worden beperkt.

5. PGB tijdens vakantie

De zorgkantoren verstrekken het persoonsgebonden budget aan de verzekerde. Indien de verzekerde langer dan 6 weken aaneengesloten per jaar in het buitenland verblijft, en in het buitenland zorgverleners contracteert die niet vallen onder Nederlandse fiscale en sociale zekerheidswetgeving, wordt het bruto persoonsgebonden budget berekend volgens een aangepast tarief. Bij een indicatie voor behandeling bestaat geen aanspraak op de toekenning van een persoonsgebonden budget. Een goede controle is hierbij van groot belang. De NZa geeft hierover aan dat de voorgestelde mogelijkheid in eerste instantie binnen administratieve organisatie van het zorgkantoor goed geregeld dient te worden. Vervolgens zal de accountant dit in zijn beoordeling moeten betrekken. De NZa zal hierop het gebruikelijke toezicht (review) moeten uitoefenen.

Overigens geldt er bij PGB een verantwoordingsvrij bedrag van € 2.500 op jaarbasis. Dit geeft de mogelijkheid dat bedrag te besteden tijdens vakantie zonder dat verantwoording dient te worden afgelegd.

Aanbeveling: het ligt voor de hand om een verzekerde die in Nederland bij langdurige zorgverlening er voor kiest geen gebruik te maken van een PGB, dat bij tijdelijk verblijf in het buitenland ook niet toe te staan. Dus alleen PGB bij tijdelijk verblijf in het buitenland indien de verzekerde tijdens zijn verblijf in Nederland voor diezelfde geïndiceerde AWBZ-zorg ook gekozen heeft voor een PGB. Bij naturazorg in Nederland geen recht op een PGB, dat verleend wordt uitsluitend voor tijdelijk verblijf in het buitenland.

De PGB regeling zou zodanig kunnen worden aangepast, dat een PGB slechts kan worden aangevraagd indien meer dan 3 maanden van een PGB gebruik zal worden gemaakt. Voorheen was die termijn van toepassing.

6. Artikel 11, AWBZ, Artikel 20 BZA en Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ

Gedacht kan worden aan het in alle situaties bij het inroepen van AWBZ-zorg in het buitenland mogelijk maken van vergoeding van de kosten van AWBZ-zorg met gebruikmaking van artikel 11 van de AWBZ, artikel 20 BZA en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden van het CVZ. Voor een verdere uitbreiding hiervan zou dan eveneens de definitie van aanspraak op zorg anders kunnen worden geformuleerd. Deze zorg hoeft dan niet meer in een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder d, van de AWBZ te worden geleverd. De kosten worden beheerst via de hoogte van de uitkering die gelijk is aan de in rekening gebrachte kosten tot het in het land van wonen of verblijf voor de verleende zorg geldende tarieven. Bij het ontbreken van een zodanig tarief vindt vergoeding plaats tot het bedrag dat aldaar voor de desbetreffende zorg in rekening pleegt te worden gebracht.

Het systeem van toestemmingverlening via artikel 10, tweede en derde lid AWBZ dient daarbij te vervallen, aangezien de vergoeding van deze zorg via de vergoedingsregeling zoals hiervoor beschreven loopt.

Op dit moment kan tijdens elk verblijf in het buitenland AWBZ-zorg worden geleverd. Zoals ook aangegeven in hoofdstuk 5 bij het kopje 'vergoeding' zijn in het Besluit zorgaanspraken en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden de omstandigheden zodanig ruim dat in het buitenland genoten AWBZ-zorg kan worden vergoed op basis van artikel 11 AWBZ. Heeft een verzekerde in het verdragsland AWBZ-achtige zorg genoten die niet of ten dele is opgenomen in het 'lokale' pakket, dan kan de verzekerde voor het verschil een beroep doen op de vergoedingsregeling ingevolge de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ. De zorg moet echter worden verleend in een instelling die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel of in een door het CVZ toegelaten instelling in het buitenland (zie onder kopje 'Instellingsbegrip' in hoofdstuk 5). Omdat een instelling die in het desbetreffende land zorg verleent in het kader van het aldaar geldende socialezekerheidsstelsel het 'lokale' pakket zal aanbieden, zal geen gebruik kunnen worden gemaakt van de hiervoor vermelde vergoedingsregeling op grond van de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden. Hier is dus sprake van een dode letter die dient te worden

geschraapt. Vraag is of zorgverzekeraars (kunnen) controleren of de rekening voor AWBZ-zorg komt van een instelling die zorg verleent in het kader van het in dat land geldende socialezekerheidsstelsel. Er kan wel van deze vergoedingsregeling gebruik worden gemaakt bij AWBZ-achtige zorg die is genoten in een door het CVZ in het buitenland toegelaten instelling. Er zou ook kunnen worden gekozen voor het handhaven van het huidige stelsel waarbij de bijzondere omstandigheden (zoals genoemd in artikel 20 BZA) waaronder AWBZ zorg kan worden geleverd, juist strikter worden omschreven. De zorg tijdens vakanties zou bijvoorbeeld als bijzondere omstandigheid kunnen worden geschraapt.

Aanbeveling 1: handhaven van het huidige stelsel waarbij de bijzondere omstandigheden (zoals genoemd in artikel 20 BZA) waaronder AWBZ zorg kan worden geleverd strikter worden omschreven.

Aanbeveling 2: strikte handhaving van de NZa bevorderen dat de in de praktijk bestaande mogelijkheid dat kosten van door instellingen die zorg leveren buiten het sociale zekerheidsstelsel van het desbetreffende land geleverde AWBZ-achtige zorg via de vergoedingsregeling ten laste van het AFBZ worden vergoed. VWS dient een verzoek bij NZa neer te leggen (en zorgverzekeraars hiervan in kennis te stellen).

Vergoeding van bovenvermelde kosten op grond van artikel 2, van de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden is wel mogelijk bij instellingen in het buitenland die door het CVZ zijn toegelaten. Vraag is of deze mogelijkheid in stand moet blijven.

7. Wachlijsten

Er kan ook voor worden gekozen om AWBZ zorg in het buitenland alleen te vergoeden indien er in Nederland niet binnen redelijke termijn zorg geleverd kan worden. Hofjurisprudentie (Kohl en Decker/Müller-Fauré/Van Riet) dat het vereiste van voorafgaande toestemming bij het invoeren van extramurale zorg een belemmering vormt van het vrije verkeer van diensten, staat hieraan in de weg.

Aanbeveling: Gezien de jurisprudentie op dit vlak ligt het niet voor de hand om deze verplichting in te voeren.

Bijlage I

Voorzitter werkgroep AWBZ-zorg in het buitenland

M. (Marjolein) van Uchelen, Directie Zorgverzekeringen, afdeling Verzekeringen en Verdragen;

Deelnemers VWS werkgroep AWBZ-zorg in het buitenland

mr. C.C. (Christine) Beerepoot, Directie Zorgverzekeringen, afdeling Verzekeringsaanpak en Uitvoeringsorganisatie;

drs. L.J. (Liza) Cox, Directie Langdurige Zorg

mr. C. (Lotte) van Meerendonk, Directie Markt en Consument

drs. F.M. (Frieda) Nicolai, Directie Internationale Zaken

mr. M.C.Y. (Marloes) Vorderman, Directie Zorgverzekeringen, afdeling Verzekeringen en Verdragen.

Deelnemers CVZ klankbordgroep AWBZ-zorg in het buitenland

mr. J.M. (Hanneke) van Diggelen, College voor zorgverzekeringen, afdeling Pakket;

mr. M. (Marieke) Drooge-van Loon, College voor zorgverzekeringen, afdeling Geschillen;

mr. J. (Judith) Hallie, College voor zorgverzekeringen, adviseur Juridische Zaken;

mr. N. (Klaas) Stiemer, College voor zorgverzekeringen, adviseur afdeling Buitenland;

mr. G.J. (Gert Jan) Velders, College voor zorgverzekeringen, Juridische Zaken;

mr. R.G. (René) van der Wissel, College voor zorgverzekeringen, afdeling Buitenland;

Bijlage II

Wet- en regelgeving betreffende verzekering op grond van de AWBZ

Artikel 2

Ingezetene in de zin van deze wet is degene, die in Nederland woont.

Artikel 3

1. Waar iemand woont en waar een lichaam gevestigd is, wordt naar de omstandigheden beoordeeld.
2. Voor de toepassing van het eerste lid worden schepen en luchtvaartuigen welke in Nederland hun thuishaven hebben, ten opzichte van de bemanning als deel van Nederland beschouwd.
3. Hij die Nederland metterwoon heeft verlaten en binnen een jaar nadien metterwoon terugkeert zonder inmiddels in de Nederlandse Antillen, Aruba of op het grondgebied van een andere Mogendheid te hebben gewoond, wordt ook voor de duur van zijn afwezigheid geacht binnen Nederland te hebben gewoond.

Artikel 4

In de uitvoering van de in deze wet geregelde verzekering wordt, voor zover bij of krachtens deze wet niet anders is bepaald, voorzien door de zorgverzekeraars en het College zorgverzekeringen.

HOOFDSTUK II KRING DER VERZEKERDEN

Artikel 5

1. Verzekerd overeenkomstig de bepalingen van deze wet is degene, die:
 - a. ingezetene is;
 - b. geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.
2. In afwijking van het eerste lid zijn vreemdelingen die niet rechtmatig in Nederland verblijf genieten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, niet verzekerd.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste lid, uitbreiding dan wel beperking worden gegeven aan de kring der verzekerden. In die algemene maatregel van bestuur kan aan het College zorgverzekeringen worden opgedragen op een aanvraag van een belanghebbende die bij de algemene maatregel van bestuur van de verzekering ingevolge deze wet is uitgezonderd, een verklaring af te geven dat hij niet verzekerd is.
4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan, in afwijking van het eerste en tweede lid, uitbreiding worden gegeven aan de kring der verzekerden voor zover het betreft:
 - a. vreemdelingen die rechtmatig in Nederland arbeid verrichten dan wel hebben verricht;
 - b. vreemdelingen die, na in Nederland rechtmatig verblijf te hebben genoten als bedoeld in artikel 8, onder a tot en met e en l, van de Vreemdelingenwet 2000, tijdig toelating in aansluiting op dat verblijf hebben aangevraagd, dan wel bezwaar hebben gemaakt of beroep hebben ingesteld tegen de intrekking van het besluit tot toelating, totdat op die aanvraag, dat bezwaar of dat beroep is beslist.

Artikel 5b

Zo nodig in afwijking van artikel 5 en de daarop berustende bepalingen:

- a. wordt als verzekerde aangemerkt de persoon van wie de verzekering op grond van deze wet voortvloeit uit de toepassing van bepalingen van een verdrag of van een besluit van een volkenrechtelijke organisatie;
- b. wordt niet als verzekerde aangemerkt de persoon op wie op grond van een verdrag of een besluit van een volkenrechtelijke organisatie de wetgeving van een andere mogendheid van toepassing is.

De volgende artikelen uit het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB 1999) bevatten categorieën van personen die zijn toegevoegd aan de kring verzekerden volksverzekeringen die dus AWBZ-verzekerd zijn:

UITBREIDING	<i>§ 2. Uitbreiding van de kring van verzekerden</i>
	<u>Artikel 2. Nederlandse ambtenaren en hun gezinsleden in het buitenland</u>
Nederlandse diplomaten	1. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen is de niet in Nederland wonende Nederlander die op grond van artikel 8, tweede lid, onderdeel a, derde lid, onderdeel a, vierde, vijfde of zesde lid, van het Reglement Dienst Buitenlandse Zaken werkzaam is bij een vertegenwoordiging van het Koninkrijk der Nederlanden in het buitenland als bedoeld in artikel 7, tweede lid, van het Reglement Dienst Buitenlandse Zaken, tenzij hij:
	a. buiten Nederland arbeid verricht anders dan de werkzaamheden, bedoeld in de aanhef; of
	b. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid.
gezinsleden	2. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen zijn de gezinsleden, bedoeld in artikel 2 van het Reglement Dienst Buitenlandse Zaken, van de in het eerste lid bedoelde verzekerde, tenzij het gezinslid:
	a. buiten Nederland arbeid verricht en de inkomsten uit deze arbeid meer bedragen dan het bedrag, genoemd in artikel 8.14, eerste lid, onderdeel a, van de Wet inkomstenbelasting 2001; of
	b. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid.
doorwerking bij overlijden	3. De gezinsleden die op grond van het tweede lid zijn verzekerd, blijven verzekerd op grond van de volksverzekeringen gedurende de periode van een jaar, te rekenen vanaf de datum van overlijden van de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, tenzij het gezinslid:
	a. buiten Nederland arbeid verricht en de inkomsten uit deze arbeid meer bedragen dan het bedrag, genoemd in artikel 8.14, eerste lid, onderdeel a, van de Wet inkomstenbelasting 2001; of
	b. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid.
personeel in dienst van ...	4. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen is de niet in Nederland wonende particuliere bediende die in dienst is van de verzekerde, bedoeld in het eerste lid, tenzij hij:
	a. onderdaan is van de ontvangende staat;
	b. ten tijde van de aanwerving niet in Nederland woonde;
	c. buiten Nederland arbeid verricht anders dan uit hoofde van vorenbedoelde dienstbetrekking; of
	d. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid.
	<u>Artikel 3. Nederlanders in dienst van een publiekrechtelijke rechtspersoon, en hun gezinsleden in het buitenland</u>
werken bij publiekrechtelijk orgaan	1. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen is de niet in Nederland wonende Nederlander, voor zover niet reeds begrepen in artikel 2, die uit hoofde van een dienstbetrekking met een Nederlandse publiekrechtelijke rechtspersoon buiten Nederland arbeid verricht ten behoeve van die rechtspersoon, tenzij hij:
	a. ten tijde van de aanwerving niet in Nederland woonde;
	b. buiten Nederland arbeid verricht anders dan uit hoofde van vorenbedoelde

	dienstbetrekking;
	c. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid; of
	d. werkzaam is bij een door Onze Ministers en Onze Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties aan te wijzen volkenrechtelijke organisatie en op hem een regeling inzake sociale zekerheid van die organisatie van toepassing is.
Antillen	2. In afwijking van het eerste lid, onderdeel b, is verzekerd op grond van de volksverzekeringen de Nederlander die in dienst is van een publiekrechtelijke rechtspersoon op de Nederlandse Antillen of Aruba mits hij door de Nederlandse overheid is uitgezonden.
gezinsleden	3. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen zijn de echtgenoot, kinderen en overige inwonende gezinsleden van de verzekerde, bedoeld in het eerste en tweede lid, tenzij het gezinslid:
	a. buiten Nederland arbeid verricht en de inkomsten uit deze arbeid meer bedragen dan het bedrag, genoemd in artikel 8.14, eerste lid, onderdeel a, van de Wet inkomstenbelasting 2001; of
	b. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid.
doorwerking bij overlijden	4. De echtgenoot, kinderen en overige gezinsleden die op grond van het derde lid zijn verzekerd, blijven verzekerd op grond van de volksverzekeringen gedurende de periode van een jaar, te rekenen vanaf de datum van overlijden van de verzekerde, bedoeld in het eerste en tweede lid, tenzij het gezinslid:
	a. buiten Nederland arbeid verricht en de inkomsten uit deze arbeid meer bedragen dan het bedrag, genoemd in artikel 8.14, eerste lid, onderdeel a, van de Wet inkomstenbelasting 2001; of
	b. een uitkering ontvangt op grond van een buitenlandse wettelijke regeling inzake sociale zekerheid. Verzekerd ingevolge de volksverzekeringen zijn de niet in Nederland wonende echtgenoot, kinderen en overige gezinsleden van degene die ingevolge het eerste lid verzekerd is.
	Artikel 4. Rijdend, vliegend of varend personeel, buiten Nederland wonend
werken in vervoer	Verzekerd op grond van de volksverzekeringen is de persoon die niet in Nederland woont en behoort tot het rijdend, vliegend of op de binnenwateren varend personeel van een in Nederland wonende of gevestigde werkgever die internationaal vervoer verricht, tenzij hij:
	a. in hoofdzaak in het land waarin hij woont arbeid verricht; of
	b. werkt bij een filiaal of een vaste vertegenwoordiging van die werkgever buiten Nederland.
	Artikel 5. Gezinsleden van varend personeel
gezinsleden	Verzekerd op grond van de volksverzekeringen zijn de aan boord van een schip wonende echtgenoot en kinderen van de persoon die op grond van de volksverzekeringen of van artikel 4 verzekerd is.
	Artikel 6. Tijdelijke onderbreking van arbeid in Nederland
tijdelijke onderbreking	Verzekerd op grond van de volksverzekeringen blijft de persoon die niet in Nederland woont, maar die uitsluitend in Nederland arbeid verricht en van wie de arbeid tijdelijk wordt onderbroken:
	a. wegens ziekte, gebreken, zwangerschap, bevalling of werkloosheid; of

	b. wegens verlof, staking of uitsluiting.
	Artikel 8. Tijdelijk buiten Nederland studerende en verpleegden
studenten	1. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen blijft de persoon die aansluitend op het wonen in Nederland uitsluitend wegens studieredenen niet meer in Nederland woont en jonger is dan 30 jaar.
verpleging buiten NL	2. Verzekerd op grond van de volksverzekeringen blijft de persoon die aansluitend op het wonen in Nederland, uitsluitend omdat hij wordt verpleegd in een door Onze Minister aan te wijzen instelling, die overeenkomt met een instelling als bedoeld in artikel 1, onderdeel f, van de Wet toelating zorginstellingen die zorg levert waarop aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, niet meer in Nederland woont.
	Artikel 9. Niet in Nederland wonende zelfstandigen
zelfstandigen	Verzekerd op grond van de volksverzekeringen is de persoon die niet in Nederland woont en die belastbare winst uit Nederlandse onderneming als bedoeld in afdeling 7.2 van de Wet inkomstenbelasting 2001 geniet, mits hij in Nederland arbeid verricht voor die onderneming.

Bijlage III

AWBZ-zorgaanspraken (voor zover van belang)

Artikel 1 (voor zover van belang)

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

d. instelling:

1°. een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen;

2°. een 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 het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen;

Artikel 6

1. De verzekerden hebben aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Tot deze zorg behoren voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.

2. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat, geregeld, en kunnen voor het tot gelding brengen van de aanspraken voorwaarden worden gesteld.

3. De zorgverzekeraars dragen er zorg voor dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen.

4. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat de aanspraak op zorg slechts tot gelding kan worden gebracht indien de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan. De bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg die verstrekt wordt, en kan mede afhankelijk gesteld worden van het inkomen van de verzekerde en diens echtgenoot.

5. Het derde lid is niet van toepassing met betrekking tot het verlenen van zorg onder verantwoordelijkheid, waaronder begrepen de financiële verantwoordelijkheid, van Onze Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak.

Artikel 10

1. De verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich daartoe tot een zorgaanbieder naar eigen keuze, met wie de zorgverzekeraar waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst als bedoeld in artikel 15 heeft gesloten.

2. In afwijking van het eerste lid kan een zorgverzekeraar een verzekerde die een aanspraak op zorg tot gelding kan brengen toestemming verlenen zich voor deze zorg tot een niet door de zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder te wenden. In dit geval heeft de verzekerde in plaats van aanspraak op deze zorg, aanspraak op gehele of gedeeltelijke vergoeding van de voor deze zorg gemaakte kosten.

3. Bij ministeriële regeling:

a. wordt bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden de verzekerde voor het verkrijgen van een aanspraak op vergoeding als bedoeld in het tweede lid, geen toestemming van de zorgverzekeraar behoeft;

b. wordt de hoogte van de vergoeding bepaald, waarbij deze voor verschillende gevallen verschillend kan worden vastgesteld;

c. kunnen voorwaarden worden bepaald waaraan de verzekerde moet voldoen, wil toestemming kunnen worden verleend;

d. kan worden bepaald in welke gevallen geen toestemming wordt verleend.

4. In de overeenkomsten, bedoeld in het eerste lid, kan worden bepaald dat verzekerden, om hun aanspraak op zorg tot gelding te brengen, door de zorgverzekeraar ingeschreven moeten zijn op naam van een zorgaanbieder als bedoeld in het eerste lid. Tevens kunnen daarin bepalingen worden opgenomen ter beperking van het aantal ten name van een zorgaanbieder in te schrijven verzekerden. De zorgverzekeraar kan schriftelijk vaststellen dat het aantal overschrijvingen van een verzekerde in een bepaald tijdvak aan een maximum is gebonden en dat overschrijvingen slechts kunnen plaatsvinden op daarbij aangegeven tijdstippen.

5. De in het eerste lid genoemde verplichting, zich te wenden tot een door het uitvoeringsorgaan gecontracteerde persoon of instelling, geldt niet voor de zorg, bedoeld in artikel 6, vijfde lid.
6. Het verlenen van zorg, bedoeld in artikel 6, vijfde lid, geschiedt overeenkomstig hetgeen daarover elders is bepaald.

Artikel 11

Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur wordt bepaald in welke mate en onder welke voorwaarden aanspraak bestaat op zorg of op een vergoeding ter zake van zorg, bedoeld in artikel 6, verleend in of buiten Nederland, in gevallen, waarin aan een verzekerde als gevolg van in die algemene maatregel van bestuur omschreven omstandigheden zorg is verleend, welke hij, hadden die omstandigheden zich niet voorgedaan, op de in artikel 10 omschreven wijze had kunnen verkrijgen.

Artikel 44 (voor zover van belang)

1. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen overeenkomstig in die regeling gestelde regels:
 - a. subsidies verstrekt om verzekerden de mogelijkheid te geven om in plaats van het tot gelding brengen van een aanspraak op grond van deze wet zelf te voorzien in de zorg die zij behoeven;
2.
3. Onze Minister kan jaarlijks voor een categorie van subsidies het subsidieplafond voor het komende jaar bekendmaken.

(Regels betreffende het PGB zijn opgenomen in paragraaf 2.6 van de Regeling subsidies AWBZ)

Besluit zorgaanspraken

Artikel 20

1. Aan een verzekerde wordt een vergoeding verstrekt voor kosten van zorg als omschreven in dit besluit, indien die zorg anders dan op de in artikel 10 van de wet omschreven wijze is verkregen als gevolg van de navolgende omstandigheden:
 - a. tijdelijk verblijf hier te lande buiten het werkgebied van de zorgverzekeraar;
 - b. wonen in het buitenland;
 - c. tijdelijk verblijf in het buitenland wegens uitoefening van bedrijf of beroep of wegens andere door het College zorgverzekeringen aan te geven redenen;
 - d. niet ingeschreven zijn bij een zorgverzekeraar;
 - e. in spoedeisende gevallen waarin uitstel redelijkerwijs niet kon worden verlangd.
2. In de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, bestaat aanspraak op vergoeding, mits de zorg is verleend door zorgaanbieders die in de verblijfplaats van de verzekerde of naaste omgeving daarvan praktijk uitoefenen of gevestigd zijn en ter zake van die zorg een overeenkomst met een zorgverzekeraar hebben gesloten.
3. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen b en c, bestaat aanspraak op een vergoeding tot een door het College zorgverzekeringen vast te stellen bedrag voor zorg, verleend in het land waar de verzekerde woont of verblijft, voor zover de verlening van de zorg redelijkerwijs niet kon worden uitgesteld tot na de terugkeer in Nederland.
4. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen d en e, bestaat aanspraak op een vergoeding, mits de zorg is verleend in Nederland. Het College zorgverzekeringen kan nadere voorwaarden stellen voor het verkrijgen van de vergoeding in de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d. Het College zorgverzekeringen kan bepalen dat premies, betaald ten behoeve van een overeenkomst met betrekking tot de verzekering van in dit besluit omschreven zorg of de kosten daarvan, in de omstandigheid, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, gelden als kosten van zodanige zorg.
5. In de omstandigheden, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a, d en e, is de vergoeding gelijk aan de kosten van de zorg indien deze is verleend door een zorgaanbieder die ter zake van die zorg een overeenkomst met een zorgverzekeraar heeft gesloten. Indien de zorg is verleend door een ander, is de vergoeding gelijk aan de kosten van de zorg, voor zover deze de kosten van zodanige zorg, verleend door een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten, niet te boven gaan.

Regeling zorgaanspraken AWBZ

Hoofdstuk III. Procedurele voorwaarden en vergoedingen

Artikel 6a

1. Voor het verkrijgen van aanspraak op vergoeding van kosten voor extramurale zorg in een andere lidstaat dan Nederland behoeft de verzekerde geen toestemming van de zorgverzekeraar .
2. De vergoeding voor deze zorg is gelijk aan de gemaakte kosten voor deze zorg en bedraagt niet meer dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Artikel 6b

1. Een zorgverzekeraar kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor intramurale zorg te wenden tot een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder in een andere lidstaat dan Nederland indien de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat dat voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
2. Een zorgverzekeraar kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor intra- of extramurale zorg te wenden tot een niet door hem gecontracteerde zorgaanbieder in Nederland of een andere staat dan een lidstaat, indien de zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat dat voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is.
3. De vergoeding voor deze zorg is gelijk aan de gemaakte kosten voor deze zorg en bedraagt niet meer dan de kosten die in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Artikel 7a

De verzekerde heeft geen aanspraak op zorg als bedoeld in de artikelen 4 tot en met 8 van het Besluit (Besluit zorgaanspraken) gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten Nederland, voorzover deze door een instelling als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel d, onder 1^o, van de wet wordt verleend.

Regeling hulp in bijzondere omstandigheden (Regeling van het CVZ van 18 december 2003)

Artikel 1

Deze regeling verstaat onder besluit: het Besluit zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 2

1. De uitkering voor kosten van zorg verleend tijdens wonen of verblijf in het buitenland, bedoeld in artikel 20, eerste lid, onder b en c, van het besluit, is gelijk aan het bedrag dat krachtens de wettelijke regeling van het land van wonen of verblijf voor rekening van de verzekerde blijft, ingeval in dat land op de desbetreffende zorg recht bestaat krachtens enig door Nederland gesloten verdrag inzake wettelijke ziektekostenverzekering of krachtens de Verordeningen (EEG) 1408/71 en 574/72 dan wel vanwege toepassing van die verordeningen krachtens de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte.
2. De in het vorige lid bedoelde uitkering is gelijk aan de in rekening gebrachte kosten tot het in het land van wonen of verblijf voor de verleende zorg geldende tarief, en bij het ontbreken van een zodanig tarief tot het bedrag dat aldaar voor de desbetreffende zorg in rekening pleegt te worden gebracht, ingeval:
 - a. die zorg in het land van wonen of verblijf niet is geregeld als prestatie waarop ingevolge of vanwege toepassing van die verdragen en verordeningen aanspraak bestaat;
 - b. die zorg werd ingeroepen in een land waar de verzekerde noch krachtens verdrag noch krachtens of vanwege toepassing van een EG-verordening recht op prestaties heeft;
 - c. de verzekerde aantoont dat hij redelijkerwijs geen gebruik kon maken van een bij verdrag of verordening toekomend recht.

3. Indien de zorg bestaat uit hulp, waarvoor geen tarief geldt of waarvoor geen tarief bestaat dat daarvoor in rekening pleegt te worden gebracht, is de uitkering gelijk aan de in rekening gebrachte kosten, voorzover die gelet op het kostenniveau van de gezondheidszorg in het land van wonen of verblijf aanvaardbaar zijn.
4. Indien het Bijdragebesluit zorg bepaalt dat de verzekerde voor de verleende zorg een bijdrage in de kosten is verschuldigd, wordt deze bijdrage in mindering gebracht op het ingevolge het eerste lid aan hem uit te keren bedrag.

Artikel 3

Als andere reden van tijdelijk verblijf in het buitenland bedoeld in artikel 20, eerste lid, onder c, van het besluit wordt aangemerkt elke andere reden dan uitoefening van een bedrijf of beroep.

Artikel 4

1. De uitkering bedoeld in artikel 20, eerste lid, onder d, van het besluit ter zaken van het niet-ingeschreven zijn bij een uitvoeringsorgaan strekt zich slechts uit tot kosten van zorg verleend vanaf het tijdstip waarop de verzekerde ingevolge artikel 17, derde lid, van de wet aan het uitvoeringsorgaan een nominale premie is verschuldigd en voorzover met betrekking tot die zorg voor de verzekerde geen rechten uit enige andere verzekering bestaan.
2. Het uitvoeringsorgaan kan ten gunste van de verzekerde van het in het eerste lid vermelde tijdstip afwijken, indien deze laatste naar het oordeel van het uitvoeringsorgaan aannemelijk maakt dat de vertraging van de aanmelding hem in redelijkheid niet kan worden toegerekend.

Bijlage IV Overzicht jurisprudentie Europese Hof van Justitie voor zover van belang voor AWBZ-zorg (in het buitenland)

C-158/96 en C-120/95 Kohll en Decker (toestemming)

In de zaken Decker en Kohll oordeelde het Europese Hof van Justitie voor de eerste keer 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. Maar deze belemmering kan gerechtvaardigd zijn als het toestemmingsvereiste noodzakelijk is voor een financieel houdbare en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg.

C-368/98 Vanbraekel (vergoeding)

In Vanbraekel ging het om een Belgische verzekerde die voor een chirurgische ingreep naar Frankrijk was gegaan en de kosten niet vergoed kreeg van het Belgische ziekenfonds, omdat het ziekenfonds voorafgaande toestemming voor de behandeling had geweigerd. Achteraf bleek de toestemming onterecht geweigerd te zijn en de Belgische rechter vroeg het Europese Hof van Justitie hoe hoog de vergoeding van de kosten moest zijn. Op 12 juli 2001 deed het Hof uitspraak.

Volgens het Hof moet het Belgische ziekenfonds op grond van de Verordening bij toestemming voor medische behandeling in het buitenland in ieder geval de kosten volgens de Franse regeling (dus tot het Franse tarief) vergoeden.

De Franse regeling kent echter een hoge eigen bijdrage waarvoor betrokkene op grond van de Belgische regeling een hogere vergoeding zou krijgen.

De Verordening verplicht niet tot het toepassen van de gunstiger Belgische regeling maar het Hof gooit het over de boeg van het vrije verkeer van diensten en komt tot de conclusie dat het Belgische ziekenfonds verplicht is een aanvullende vergoeding te geven ter hoogte van het verschil tussen de vergoeding die betrokkene in België voor dezelfde behandeling zou hebben gekregen en de vergoeding die betrokkene op grond van Frans recht zou krijgen.

C-157/99 Geraets-Smits/Peerbooms (toestemming)

In deze zaak stond de vraag centraal of de voor de vergoeding van een intramurale behandeling in een andere lidstaat op grond van de Ziekenfondswet de vereiste voorafgaande toestemming van het ziekenfonds met het criterium van medische noodzaak en het vereiste dat de behandeling gebruikelijk is in de kring der beroepsgenoten (gebruikelijkheidscriterium) in strijd zijn met het vrij verkeer van diensten.

Het Hof heeft aangegeven dat de desbetreffende ziekenhuiszorg een dienst is in de zin van het verdrag. Zowel het gebruikelijkheidsvereiste als het vereiste van voorafgaande toestemming worden door het Hof aangemerkt als een belemmering van het vrij verkeer van diensten. Het Hof acht echter een rechtvaardiging aanwezig voor deze belemmeringen, maar stelt daaraan wel twee voorwaarden.

Ten eerste stelt het Hof dat het vereiste van de gebruikelijkheid van de behandeling aldus zou moeten worden uitgelegd, dat de toestemming niet kan worden geweigerd wanneer blijkt dat de betrokken behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk is bevonden.

Ten tweede stelt het Hof dat de toestemming slechts kan worden geweigerd, wanneer bij een instelling waarmee het ziekenfonds van de verzekerde een overeenkomst heeft gesloten, tijdig een identieke of voor de patiënt even doeltreffende behandeling kan worden verkregen.

C-385/99 Müller-Fauré/Van Riet (toestemming)

De Centrale Raad van Beroep heeft in de zaken Müller-Fauré en Van Riet (zorg in het buitenland) advies gevraagd aan het Hof van Justitie over de vraag of het toestemmingsvereiste in de Ziekenfondswet voor zorg in het buitenland verenigbaar is met het Europese recht. Het Hof oordeelde dat het vereiste van voorafgaande toestemming bij het inroepen van extramurale zorg een belemmering vormt van het vrij verkeer van diensten.

De hoogte van de vergoeding:

Het Hof heeft bepaald dat de vergoeding voor extramurale zorg in een andere lidstaat kan worden beperkt tot het bedrag dat nationaal vergoed wordt voor de verstrekking. Voor deze beperking tot nationaal niveau is het nodig dat een lidstaat beschikt over een vergoedingensysteem. (Sinds de inwerkingtreding van de Wet HOZ op 1 januari 2005 is hier in voorzien).

De wachttijden voor intramurale zorg:

Toestemming voor een behandeling in een andere EU-lidstaat mag volgens het Hof niet geweigerd worden in het geval van een onredelijk lange wachttijd in eigen land. Voor het bepalen van de aanvaardbaarheid van wachttijden kan aansluiting worden gezocht bij de Treeknormen.

C-326/00 IKA/Ioannidis (toestemming)

In het arrest IKA tegen Ioannidis komt het Hof van Justitie tot de conclusie dat het door artikel 31

van Verordening nr. 1408/71 aan pensioentrekkers toegekende recht op medische zorg in andere lidstaten (i) niet afhankelijk mag worden gesteld van enige toestemmingsprocedure en (ii) niet mag worden beperkt tot gevallen waarin de ziekte of aandoening zich tijdens het verblijf in een andere lidstaat manifesteert waardoor onmiddellijke behandeling noodzakelijk wordt. Het arrest versterkt de rechtspositie van pensioentrekkers en legt aan verzekeringsorganen belangrijke plichten op ten aanzien van de praktische en juiste toepassing van artikel 31. Het arrest scheidt echter geen nadere duidelijkheid over de afbakening van het recht (van pensioentrekkers en overige publiekverzekerden) op zorg tijdens een tijdelijk verblijf in andere lidstaten en het recht naar andere lidstaten te gaan teneinde, op kosten van het verzekeringsorgaan, medische zorg te ontvangen.

C-8/02 Leichtle (toestemming)

Dit arrest gaat over de voorwaarden voor vergoeding van in een andere lidstaat dan Duitsland voor een thermale kuur gemaakte ziektekosten. De vraag is of de voorwaarden verenigbaar zijn met het vrije verkeer van diensten.

Het Hof brengt eerst zijn jurisprudentie (Smits & Peerebooms, Müller-Fauré & Van Riet en Kohll) in herinnering, waarin het heeft geoordeeld dat artikel 49 EG zich verzet tegen een nationale regeling die vergoeding van in een andere lidstaat gemaakte medische kosten afhankelijk stelt van voorafgaande toestemming als daardoor de sociaalverzekerde 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 op grond van het EG-verdrag. De Duitse wetgeving kent ter zake van een thermale kuur een vereiste van voorafgaande erkenning van het recht op bijstand (lees: vergoeding) voor de kosten voor het logies, de maaltijden, de reis, de kuurbelasting en de opstelling van een medisch eindrapport. Dit vereiste geldt zowel voor gemaakte kosten in Duitsland als in een andere lidstaat. Volgens het Hof heeft het vereiste als zodanig dus niet het gevolg dat het verrichten van diensten tussen lidstaten moeilijker wordt dan binnen één lidstaat. Aan de erkenning van het recht op bijstand voor de gemaakte kosten buiten Duitsland zijn echter in de Duitse wetgeving drie bijzondere voorwaarden verbonden. In dit fiche wordt alleen ingegaan op de derde voorwaarde. Op grond van die voorwaarde moet het betrokken kuuroord op de lijst van thermale kuuroorden voorkomen. Het Hof merkt hierover op dat voor de vergoeding van thermale kosten binnen Duitsland hetzelfde geldt en dat a priori en in beginsel het vereiste niet van dien aard is dat het tot gevolg heeft dat het verrichten van diensten tussen lidstaten moeilijker wordt dan het verrichten van diensten binnen één lidstaat. Het is aan de verwijzende rechter om zich ervan te vergewissen dat de voorwaarden voor opnemings van thermale kuuroorden op een dergelijke lijst een objectief karakter hebben en dat deze niet het bovenstaande gevolg hebben, namelijk dat het verrichten van diensten tussen lidstaten moeilijker wordt dan het verrichten van diensten binnen de betrokken lidstaat.

Een lidstaat kan voor vergoeding in het kader van sociale zekerheid gezondheidszorg eisen dat in een andere lidstaat gevestigde zorgaanbieder over een vergunning, erkenning of iets dergelijks beschikt. Er dient wel rekening te worden gehouden met reeds in andere lidstaat gestelde eisen.

C-145/03 Keller (toestemming)

In de zaak Keller geeft het Hof zijn oordeel over de vragen of de toestemming die een lidstaat voor behandeling in een andere lidstaat heeft gegeven ook strekt tot behandeling buiten de EU en of het verzekeringsland deze kosten dient te betalen.

Het Hof heeft besloten dat de toestemming strekt tot behandeling buiten de EU en dat het verzekeringsland de kosten van behandeling in een derde land moet betalen. Hierbij gelden de volgende voorwaarden:

De behandeling in het derde land is voorzien in de sociale zekerheidswetgeving van het behandelende land

Daarnaast moet de behandeling ook deel uitmaken van de sociale zekerheidswetgeving van het verzekeringsland

Ten slotte is de hoogte van de vergoeding die het verzekeringsland moet betalen beperkt tot het bedrag dat betaald had moeten worden wanneer de behandeling in zijn geheel in het behandelende land had plaatsgevonden.

C-372/04 Watts (toestemming)

In de zaak Watts stond de vraag centraal of toestemming voor intramurale zorg in het buitenland zonder meer kan worden geweigerd op de grond dat wachttijden voor een medische behandeling worden gebruikt om de kosten van de gezondheidszorg te reguleren en beheersen.

Het Hof stelt dat het vereiste van een voorafgaande toestemming voor de vergoeding van een ziekenhuisbehandeling in een andere lidstaat een beperking van het vrij verrichten van diensten is. Deze beperking wordt echter gerechtvaardigd door het streven om de uitgaven in de gezondheidszorg te beheersen en om een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg te bieden door planning van de beschikbare ziekenhuiscapaciteit. Bij een langdurige wachttijd voor een ziekenhuisbehandeling, kan de toestemming alleen worden geweigerd als kan worden aangetoond dat de lengte van deze wachttijd aanvaardbaar is op grond van een objectieve medische beoordeling en de klinische behoefte van de patiënt. Het Hof noemt een aantal factoren waar rekening mee moet worden gehouden. Verder overweegt het Hof dat de artikelen 49 EG en 22 van Verordening 1408/71 niet aldus kunnen worden uitgelegd dat zij de lidstaten verplichten ziekenhuisbehandelingen in andere lidstaten te vergoeden los van elke budgettaire overweging. Tot slot overweegt het Hof dat de verplichting van een bevoegd orgaan om aan een patiënt toestemming te verlenen om op kosten van dat orgaan een ziekenhuisbehandeling in een andere lidstaat te ondergaan, wanneer de wachttijd langer dan aanvaardbaar is, niet in strijd is met het bepaalde in artikel 152, lid 5, EG. Deze bepaling inzake de eerbiediging van de verantwoordelijkheden van de lidstaten voor de organisatie en verstrekking van gezondheidsdiensten, sluit namelijk niet uit dat lidstaten op grond van een andere verdragsbepaling of andere communautaire maatregelen verplicht zijn hun nationale zekerheidsstelsels aan te passen, zonder dat echter kan worden gezegd dat daardoor hun soevereine bevoegdheid ter zake wordt aangetast.

Het arrest maakt duidelijk dat er Europeesrechtelijk géén onderscheid gemaakt wordt in de wijze van financiering van de gezondheidszorg: door een verzekeringssysteem of door een voorzieningssysteem bekostigd uit de Rijksmiddelen.

C-466/04 Herrera (vergoeding)

Hofzaak Herrera gaat onder meer over de vraag of toestemming op grond van artikel 22, lid 1, onder c van Verordening 1408/71 om een medische behandeling te ondergaan in een andere EU-lidstaat ook een recht inhoudt op vergoeding van reis- en verblijfskosten voor betrokkene en een begeleider. Het Hof heeft geoordeeld dat dit niet het geval is. De toestemming die betrokkene heeft gekregen van het bevoegde orgaan om zich naar een andere lidstaat te begeven teneinde aldaar een voor zijn gezondheidstoestand passende ziekenhuisbehandeling te

ondergaan, geen recht geeft op vergoeding door dat orgaan van de reis, verblijf en maaltijdkosten die door hemzelf en de persoon die hem heeft begeleid op het grondgebied van die lidstaat zijn gemaakt, met uitzondering van de verblijf en maaltijdkosten van de aangeslotene in het ziekenhuis.

Daarnaast stelt de Spaanse rechter vragen over de ongelijke behandeling van Spaanse private zorgaanbieders (die niet zijn toegelaten tot de Spaanse sociale zekerheid) ten opzichte van zorgaanbieders in andere EU-lidstaten. Een Spaanse sociaalverzekerde kan met toestemming wel naar een zorgaanbieder over de grens, maar mag niet in eigen land naar een private zorgaanbieder. Deze ongelijkheid is een gevolg van Spaanse nationale wetgeving. De inrichting van nationale sociale zekerheidsstelsels (waaronder de toelating van zorgaanbieders tot het stelsel) is een nationale aangelegenheid, waarin het Hof zich niet mengt.

C-444/05 Stamatelaki

Een Griekse verzekerde is intramuraal behandeld in Engeland in een privé-kliniek. Hij heeft zelf de zorgkosten voorgeschoten en bij terugkeer in Griekenland wilde hij deze declareren. Restitutie werd geweigerd omdat

- de kosten te laat zijn ingediend
- zorg in een privé-kliniek in het buitenland niet wordt vergoed (behalve voor verzekerden onder de 14 jaar) tenzij er een contract is gesloten met een Griekse sociale zekerheidsinstelling

Geschil

Betrokkene is inmiddels overleden maar zijn echtgenote vordert in een civiele procedure restitutie van de kosten door het Griekse ziekenfonds. Zij stelt dat de nationale regeling die stelt dat zorg in een privé-kliniek niet wordt vergoed, in strijd is met het vrij verkeer van diensten. De Griekse rechter heeft prejudiciële vragen aan het Hof van Justitie gesteld.

Prejudiciële vragen

- Is een nationale regeling die de kosten van behandeling in het buitenland alleen vergoedt als de zorginstelling werkzaam is in het kader van de sociale zekerheid in dat land, strijdig met het vrij verkeer van diensten?
- Zo ja, is deze strijdigheid dan gerechtvaardigd uit oogpunt van dwingende redenen van algemeen belang (aantasting financieel evenwicht, handhaving stelsel)?
- Is deze belemmering van het vrij verkeer proportioneel?

Schriftelijke opmerkingen

Nederland heeft in deze zaak geen schriftelijke opmerkingen ingediend. Griekenland, België en de Commissie wel. Zowel Griekenland als België geeft aan dat er inderdaad sprake is van beperking van het vrije verkeer van diensten, maar dat deze beperking gerechtvaardigd is uit oogpunt van financiële houdbaarheid, kwaliteitsbewaking en toegankelijkheid van het systeem.

De Commissie vindt dit een ongerechtvaardigde belemmering van het vrije verkeer van diensten, zowel richting de patiënt als richting de buitenlandse privé-klinieken.

Het Europese Hof van Justitie heeft op 19 april 2007 in deze zaak uitspraak gedaan.

In het arrest stelt het Hof dat wetgeving die wel vergoeding toestaat voor zorg in privé-klinieken in eigen land maar niet bij zorg in privé-klinieken in het buitenland in strijd is met EU-recht inzake vrij verkeer. De Nederlandse wetgeving wordt door die uitspraak niet geraakt omdat die niet een zodanige algehele uitsluiting van vergoeding van zorg in buitenlandse privé-klinieken kent.

CVZ AFD. VERANTWOORDING EN SIGNALERING (V&S) Bijlage V			
JAARSTAAT 2005 AWBZ UITVOERINGSORGAAN			
OVERZICHT BUITENLAND SPECIFICATIES			
LAND	KOSTEN		
	INGESCHREVENEN TLV HET BUITENLAND	TIJDELIJK VERBLIJF IN HET BUITENLAND	BIJ WONEN IN HET BUITENLAND
(Ex-) Joegoslavië	0	821	1.399
Aruba	NVT	1.428	NVT
Australië	NVT	0	495
België	273.963	1.049.566	1.930.833
Bonaire	NVT	NVT	311
Brazilië	NVT	512	86
Canada	NVT	0	0
China	NVT	29.121	312
Cyprus	0	NVT	NVT
Denemarken	0	544	65
Dominicaanse republiek	NVT	NVT	19
Duitsland	0	115.787	812.693
Estland	0	NVT	NVT
Filippijnen	NVT	NVT	111
Finland	0	555	0
Frankrijk	878	133.917	480.742
Griekenland	0	1.475	0
Hong-Kong	NVT	NVT	10.292
Hongarije	0	4.490	NVT
IJsland	0	1.434	0
Ierland	0	0	0
Israël	NVT	2.466	49.661
Italië	0	19.541	9.850
Kaapverdië	0	0	0
Kroatië	0	0	0
Letland	0	NVT	NVT
Liechtenstein	0	0	0
Litouwen	0	NVT	NVT
Luxemburg	0	0	0
Malta	0	NVT	NVT
Marokko	NVT	319	9.840
Nederlandse Antillen	NVT	5.824	355
Nieuw-Zeeland	NVT	0	219.689
Noorwegen	0	15	0
Oostenrijk	0	29.749	29.912
Polen	0	NVT	NVT
Portugal	12.040	28.102	30.943
Roemenië	NVT	NVT	129
Singapore	NVT	9.116	416
Slovenië	0	0	0
Slowakije	0	NVT	NVT
Spanje	49.464	764.180	6.376.791
Suriname	NVT	3.586	NVT
Thailand	NVT	4.594	NVT
Tsjechië	0	2.707	3.586
Tunesië	0	1.950	219.689
Turkije	283	1.699	4.554
Verenigd Koninkrijk	0	840.275	619.208
Verenigde Staten	NVT	125.334	100.430
Vietnam	NVT	NVT	102
Zuid-Afrika	NVT	1.824	6.622
Zuid-Korea	NVT	NVT	303
Zweden	0	91	70
Zwitserland	0	87.421	173.157
Onbekend	NVT	5.430	NVT
TOTAAL	336.628	3.273.873	11.092.665

Bijlage VI

(Opheffen) vrijwillige AWBZ en overgangsrecht voormalig AWBZ-verzekerden

(bewerkte passage uit MvT Invoerings- & aanpassingswet Zorgverzekeringswet, 30124, nr. 3)

Met de inwerkingtreding van de Zvw is onder andere de ziekenfondsverzekering vervallen. In samenhang daarmee is de vrijwillige AWBZ-verzekering afgeschaft. Verder is de verplichte AWBZ-verzekering voor ziekenfondsverzekerden vervallen (vervallen artikel 7 van het Bub 1999). Voor zover mensen op de dag voorafgaand aan het inwerkingtreden van deze wijzigingen recht hadden op vergoeding van kosten van AWBZ-zorg, houden zij dit recht. Hierna volgt een beschrijving van de verschillende regelingen.

Vervallen vrijwillige AWBZ-verzekering

De AWBZ-verzekering is in beginsel een verzekering die voorziet in zorg in natura in Nederland voor iedereen die AWBZ-verzekerd is. Bij de invoering van de zogeheten "Oortregelingen" in 1990 -in het kader van de vereenvoudiging van regels betreffende de belasting- en premieheffing- is voorzien in een verplichte AWBZ-verzekering voor buiten Nederland wonende rechthebbenden op een langlopende Nederlandse socialezekerheidsuitkering of pensioen. Daarbij is voor deze categorie een restitutieregeling in het leven geroepen die betrokkenen recht geeft op restitutie van zorgkosten voor zover die zorg niet wordt verleend op grond van de EU-socialezekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag. Zorg die wordt verleend op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of een socialezekerheidsverdrag, is de zorg zoals die is geregeld in de wetgeving van het woonland van de betrokkenen (woonlandpakket). Omdat de EU-socialezekerheidsverordening en de socialezekerheidsverdragen slechts van toepassing waren op ziekenfondsverzekerden, kwam in de praktijk de restitutieregeling er op neer dat die regeling voor ziekenfondsverzekerden een aanvullend karakter had naast de aanspraak op het woonlandpakket op grond van een verdrag of de verordening, terwijl particulier verzekerden die AWBZ-verzekerd waren alle in het buitenland gemaakte AWBZ-kosten gerestitueerd kregen.

Op 1 januari 1999 is het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden 1999 in werking getreden.⁶ De regering beoogde hiermee invulling te geven aan de wens terug te keren naar de oorspronkelijke bedoeling van de volksverzekeringen om alleen ingezetenen te verzekeren, voor zo ver dat binnen het kader van internationale socialezekerheidsregelingen mogelijk was. De verplichte verzekering werd daarom beëindigd voor personen die buiten Nederland woonachtig waren, behalve voor degenen op wie een socialezekerheidsverdrag of de EU-socialezekerheidsverordening van toepassing was. Dat waren, zoals hiervoor uiteengezet, ziekenfondsverzekerden. Die mensen bleven dus verplicht verzekerd voor de AWBZ.

Voor in het buitenland wonende particulier verzekerde gepensioneerden werd een afwijkende regeling gemaakt. Om te zorgen dat deze mensen in samenhang met hun particuliere verzekering in het buitenland toch een volledige dekking konden hebben, is met ingang van 1 januari 2000 de vrijwillige AWBZ-verzekering ingevoerd.

Op grond van de hiervoor omschreven restitutieregeling konden de vrijwillig AWBZ-verzekerden zorgkosten die zij in het buitenland maakten, vergoed krijgen ten laste van de AWBZ. Voor ziekenfondsverzekerden behield de restitutieregeling haar aanvullende karakter, naast de aanspraken uit verdrag of verordening. Er waren ongeveer 2000 vrijwillige AWBZ-verzekerden in het buitenland die een restitutierecht hadden. Daarnaast waren er ongeveer 40.000 ziekenfondsverzekerden in het buitenland.

Op basis van de restitutieregeling werd uiteraard niet meer zorg vergoed dan was opgenomen in het AWBZ-pakket. Wanneer, als gevolg van wettelijke maatregelen, delen uit het AWBZ-pakket verdwenen, werd deze zorg ook niet meer vergoed door de restitutieregeling. Dat was bijvoorbeeld het geval bij het invoeren per 1 januari 2007 van de Wet maatschappelijke

⁶ KB 746

ondersteuning (Wmo). De aanspraak op enkelvoudige huishoudelijke hulp is uit de AWBZ gegaan.

Bij de invoering van de Zvw is het verschil tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden komen te vervallen. In beginsel wordt de Zvw op iedereen van toepassing. Omdat de Zvw een sociale verzekering is komt daarom iedereen te vallen onder de EU-socialezekerheidsverordening of de socialezekerheidsverdragen. Evenals dat geldt voor de huidige ziekenfondsverzekerden kunnen de betrokkenen met toepassing van deze internationale socialezekerheidsregelingen in hun woonland aanspraak maken op het woonlandpakket. Daarom bestaat er geen noodzaak meer voor de vrijwillige AWBZ-verzekering. Die wordt derhalve, tegelijk met de inwerkingtreding van de Zvw, ingetrokken.

De regering heeft vervolgens overwogen of de restitutieregeling, in aanvulling op de aanspraken ingevolge een socialezekerheidsverdrag of de EU-socialezekerheidsverordening moet blijven bestaan.

Daarbij is overwogen dat de huidige restitutieregeling berust op verzekering ingevolge de AWBZ. Op grond van een recentelijk door de Europese Raad aanvaarde wijziging van de Europese socialezekerheidsverordening, die naar verwachting in de loop van 2006 in werking zal treden, zal het niet langer toegestaan zijn pensioengerechtigden verzekerd te maken ingevolge de wetgeving van een lidstaat, wanneer zij niet in die lidstaat woonachtig zijn.

Dat betekent dat deze groepen niet langer AWBZ-verzekerd kunnen zijn en dat de op de verzekering berustende restitutieregeling niet meer van toepassing zal zijn. Betrokkenen hebben dan in hun woonland recht op de medische zorg zoals geregeld in de wetgeving van hun woonland. De kosten komen ten laste van Nederland.

Vooruitlopende op de inwerkingtreding van de genoemde verordening heeft de regering besloten bedoeld woonlandbeginsel toe te passen met ingang van de inwerkingtreding van de Zvw. Aldus handelt de Nederlandse regering overeenkomstig de verplichtingen van internationale verdragen. Betrokkenen krijgen de aanspraken volgens het pakket van hun woonland, niet meer en niet minder. Zij worden daarmee gelijk behandeld met hun inlandse burens.

Voorkomen moet worden dat mensen die nu zorg ontvangen op basis van de restitutieregeling in de problemen komen na de toepassing van het woonlandbeginsel per 1 januari 2006.

Er is besloten een adequate overgangsregeling te treffen. Zie voor deze regeling in de laatste alinea van dit hoofdstuk.

Overgangsrecht voormalig ziekenfondsverzekerde AWBZ-verzekerden (bron Stb. 690)

In het Bub 1999 was in artikel 7 opgenomen dat mensen die – hoewel niet in Nederland wonend – verzekerd waren ingevolge de Zfw en op grond van een internationale regeling inzake sociale zekerheid ten laste van de middelen van de ziekenfondsverzekering recht hadden op verstrekkingen, van rechtswege ook verzekerd waren ingevolge de AWBZ. Op grond van een recentelijk door de Europese Raad aanvaarde wijziging van de Europese socialezekerheidsverordening (Verordening (EEG) nr. 883/04) zal het niet langer toegestaan zijn pensioengerechtigden te verzekeren ingevolge de wetgeving van een lidstaat, wanneer zij niet in die lidstaat woonachtig zijn. Op personen die niet aan het arbeidsproces deelnemen, is dan uitsluitend de wetgeving van het woonland van toepassing. Dat betekent dat deze groepen niet langer AWBZ-verzekerd kunnen zijn. Door het schrappen van artikel 7 wordt hieraan voldaan. Voor zover mensen op de dag voorafgaand aan de inwerkingtreding van het wijzigingsbesluit recht hadden op vergoeding van kosten van zorg ten laste van de AWBZ, houden zij dit recht. Hiertoe is een overgangsregeling getroffen die overeenkomt met de overgangsregeling voor mensen die vrijwillig AWBZ-verzekerd waren.

Overgangsregeling (voor voormalig vrijwillig AWBZ-verzekerden en voormalig ziekenfonds-verzekerde AWBZ-verzekerden)

De overgangsregeling houdt in dat personen, die op 1 januari 2006 (datum inwerkingtreding van de Invoerings- en Aanpassingswet Zorgverzekeringswet) al aanspraak hadden op een vergoeding van de kosten van zorg op grond van de vrijwillige AWBZ-verzekering, die vergoeding behouden. Ook is geregeld dat, indien een zorggenietende in aansluiting op de reeds verleende zorg een andere AWBZ-verstrekking nodig heeft, ook daarin wordt voorzien. Bijvoorbeeld: de

gezondheidstoestand van een rechthebbende op vergoeding van de kosten van thuiszorg verslechtert zodanig dat hij moet worden opgenomen in een verpleeghuis. Voor zover de betrokkene op grond van een internationale regeling aanspraak heeft op het zogenaamde woonlandpakket, wordt de vergoeding in aanvulling daarop verleend. Op grond van de internationale regelingen betaalt Nederland namelijk al voor het woonlandpakket. Het is dan ook redelijk de vergoeding in aanvulling op de verdragsaanspraken te verstrekken. De overgangsregeling bevat verder bepalingen over het vaststellen van de hoogte van de vergoeding, waarbij wordt aangesloten bij in het woonland geldende tarieven, of -bij het ontbreken van een vastgesteld tarief -het kostenniveau van de gezondheidszorg in dat land. Verder is als voorwaarde gesteld dat rechthebbenden op de overgangsregeling zich binnen een termijn van vier maanden na 1 januari 2006, de datum van inwerkingtreding van de I&A-wet Zvw, bij het CVZ hebben aangemeld. De betrokkenen hebben hierover voorlichting ontvangen. Personen die zich na die termijn hebben aangemeld worden geaccepteerd, indien zij aantonen dat zij zich hebben aangemeld binnen een termijn van vier maanden nadat zij redelijkerwijs van de overgangsregeling kennis hebben kunnen nemen.

Bijlage VII Memorie van toelichting Wet Herziening overeenkomstenstelsel zorg
(Kamerstukken II 2002/03, 28 994, nr. 3, p. 19 en 20)

“c. Het wegnemen van belemmeringen voor hulp in het buitenland

De toegenomen mobiliteit van de Europese burger stelt eisen aan de wijze waarop in zijn gezondheidszorg wordt voorzien. Weliswaar zijn de lidstaten vrij wat betreft de wijze waarop zij hun stelsels van sociale zekerheid inrichten, maar zij moeten daarbij wel rekening houden met de bepalingen uit het EG-verdrag. Illustratief daarvoor zijn de inmiddels algemeen bekende arresten van het Europese Hof van Justitie in de zaken Kohll en Decker (C-158/96 en C-120/95). Centraal in deze arresten staat, dat de lidstaten hun stelsels van gezondheidszorgverzekering niet zodanig mogen inrichten, dat deze een directe of indirecte belemmering vormen voor het vrije verkeer van personen, goederen en diensten. Deze omwikkeling gaat aan Nederland uiteraard niet voorbij.

Het Nederlandse systeem van sociale ziektekostenverzekeringen wordt gekenmerkt door het naturasysteem. Overeenkomsten zijn daarbij onontbeerlijk. Onder bepaalde omstandigheden is het voor verzekerden mogelijk om al dan niet met toestemming voor gefinancierde hulp naar het buitenland te begeven. Als gevolg van het eerder vermelde arrest van het Europese Hof in de zaken Müller-Fauré/Van Riet (C-385/99) is het mogelijk om zonder voorafgaande toestemming van het ziekenfonds extramurale hulp buiten Nederland toch vergoed te krijgen.

In het kader van het naturastelsel hebben sommige verzekeraars overeenkomsten met buitenlandse zorgaanbieders gesloten, waardoor verzekerden op een zelfde wijze als in Nederland zorg in het buitenland kunnen ontvangen. Een verzekeraar kan het uit het oogpunt van doelmatigheid, wachttijden als ook met het oog op de keuzevrijheid van verzekerden van belang achten om zorg in het buitenland in te kopen. Daarom wordt met dit wetsvoorstel door de aanpassing van het begrip «instelling» nog eens onderstreept dat verzekeraars zich bij hun reguliere zorginkoop niet behoeven te beperken tot instellingen in Nederland. Door een uitbreiding van de definitie van het begrip «instelling» kunnen zij het aanbod in het buitenland bij hun zorginkoop betrekken, waardoor zij selectiever kunnen inkopen. De te contracteren instellingen moeten wel zorg verlenen in het kader van een in dat land bestaand stelsel van sociale zekerheid, dan wel zorg verlenen aan bepaalde groepen van publieke functionarissen. De verzekeraar beoordeelt in het kader van haar contracteerbeleid of de instelling in het buitenland kwalitatief goede en doelmatige zorg verleent.

Naar verwachting sorteert de maatregel vooral effect in de grensgebieden, maar het aanbod in het buitenland kan ook van belang zijn in het geval dat er in Nederland sprake is van onaanvaardbare wachttijden in de gezondheidszorg.

Overigens wordt met dit wetsvoorstel door middel van wijziging van de artikelen 9 Zfw en 10 AWBZ de ruimte geschapen om de gevolgen van het arrest Müller-Fauré Van Riet te regelen (zie ook onder 3.a, Natura/restitutie).”

Afkortingenlijst

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AFBZ	Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten
BZA	Besluit zorgaanspraken AWBZ
Bub 1999	Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999
CIZ	Centrum indicatiestelling zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoons gebonden budget
RCR	Royalcare Residence
Stb	Staatsblad
Svb	Sociale verzekeringsbank
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet HOZ	Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wtzi	Wet toelating zorginstellingen
Zfw	Ziekenfondswet
Zvw	Zorgverzekeringswet