

Nota van toelichting

A. Algemeen

I. Inleiding

In de wet van 2 februari 2012, houdende regels met betrekking tot de aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de financiering van deze aanspraken (Wet AWBZ-zorg buitenland) heeft de regering maatregelen aangekondigd in lagere regelgeving met als doel de huidige mogelijkheden om in het buitenland zorg ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in te roepen, aan te scherpen en te beperken. Deze maatregelen zijn een uitwerking van de beleidsbrief van de Staatssecretaris en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 september 2007 aan de Tweede Kamer¹. De hierin geformuleerde beleidsvisie met betrekking tot de AWBZ-zorg in het buitenland is geformuleerd in antwoord op de schriftelijke vragen van de Tweede Kamer over het Rapport "AWBZ-zorg in het buitenland: Hoe globaal is ons zorgstelsel" van 24 mei 2007². Dat rapport bevat een inventarisatie van de mogelijkheden om onder de wetgeving zoals deze gold vóór de inwerkingtreding van de Wet AWBZ-zorg buitenland, ten laste van de AWBZ zorg in het buitenland te krijgen, de wijze waarop de financiering plaatsvindt en een aantal aanbevelingen met het oog op een betere beheersing van zowel het aanbod als van de financiering van AWBZ-zorg in het buitenland.

De maatregelen die in de beleidsvisie zijn neergelegd zijn gerealiseerd in de Wet AWBZ-zorg buitenland. Voor wat betreft de aanpassingen in de aansprakensfeer voor de AWBZ-gefinancierde zorg die buiten Nederland kan worden gegeven dient ingevolge het nieuwe artikel 10, derde lid van de AWBZ een algemene maatregel van bestuur te worden getroffen.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is een amendement aangenomen, dat er toe strekt dat de algemene maatregel van bestuur bedoeld in artikel 10, derde lid, aanhef en onderdeel b bij het parlement wordt voorgehangen alvorens te worden vastgesteld.

De desbetreffende regels zijn opgenomen in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ, dat tot dit doel met het voorliggende Besluit in zijn geheel opnieuw is geformuleerd.

Daarnaast is met dit besluit wijziging aangebracht in het Besluit wachttijd AWBZ.

De wijzigingen worden hieronder toegelicht.

II. Wijziging van het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering

Inleiding en historische schets

In het kader van de AWBZ-zorg in het buitenland wordt met deze wijziging een aanvullende maatregel getroffen die niet zozeer is gericht op het beperken van AWBZ-gefinancierde zorg in het buitenland, als wel op het gelijkschakelen van de positie van naar Nederland terugkerende Nederlanders en vreemdelingen die zich in Nederland vestigen.

Het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering (hierna: Besluit) is in 1992 ingevoerd met het doel om voor diegenen die door vestiging in Nederland AWBZ-verzekerd werden, een wachttijd van maximaal twaalf maanden te introduceren voor bepaalde, zeer kostbare vormen van (intramurale) AWBZ-zorg. Het primaire doel van deze wachttijdregeling was het voorkomen van oneigenlijk gebruik van dure AWBZ-voorzieningen. Het ging daarbij met name om opname in verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen, instellingen voor auditief gehandicapten, dagverblijven voor gehandicapten, gezinsvervangende tehuizen en dagbehandeling in verpleeghuizen.

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

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

In het huidige Besluit is geregeld dat bepaalde groepen personen die, komend uit het buitenland, zich in Nederland vestigen en op grond daarvan verzekerd worden voor de AWBZ, te maken hebben met een wachttijd voor intramurale zorg, indien die persoon al is aangewezen op de zorg of indien te verwachten is, dat hij binnen zes maanden die zorg nodig zal hebben. De wachttijd is één maand voor ieder vol kalenderjaar dat iemand niet verzekerd is geweest ingevolge de AWBZ, met een maximum van twaalf maanden. Deze wachttijd wordt evenredig verminderd voor elk jaar dat iemand voorafgaand aan de AWBZ-verzekering is onderworpen geweest aan het wettelijk sociaal stelsel van een van de lidstaten van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte (EER: IJsland, Noorwegen en Liechtenstein, van Zwitserland³ of van een verdragsland, dan wel indien er op grond van de EU-sociale zekerheidsverordening of een verdrag inzake sociale zekerheid ten laste van Nederland aanspraak heeft bestaan op zorg (verdragsrecht).

In het Besluit werd in een uitzondering voorzien voor vreemdelingen aan wie het op grond van de Vreemdelingenwet werd toegestaan voor (on)bepaalde tijd in Nederland te verblijven. Indertijd is deze bepaling opgenomen omdat het "als gerechtvaardigd werd gezien voor verzekerden die zich met toestemming van de Nederlandse regering in Nederland hebben gevestigd een uitzondering te maken." In 1999 is eenzelfde uitzondering gemaakt voor uit ontwikkelingslanden terugkerende ontwikkelingswerkers, veelal missionarissen en door kerken uitgezonden missiewerkers. De uitzonderingsgrond voor vreemdelingen is in 2001 aangepast aan de wijziging van de Vreemdelingenwet.

De wachttijd wordt niet in alle situaties toegepast. Er geldt géén wachttijd wanneer de AWBZ-verzekerde in een latere instantie alsnog behoefte krijgt aan AWBZ-zorg of aan andere AWBZ-zorg dan die bij aanvang van de verzekering al nodig of te verwachten was. Het moet immers gaan om een bestaande behoefte of een binnen zes maanden opgekomen behoefte die redelijkerwijs al te verwachten was. Nadrukkelijk zij opgemerkt dat door de wachttijd niet de verlening van medische zorg is uitgesloten; bepaald is dat de betreffende medische zorg niet ten laste van de AWBZ kan worden gebracht. Betrokkenen zullen dus eerst een financiële drempel moeten overbruggen wanneer zij, na verzekerd te zijn geworden, voor een al bestaande situatie aanspraak wensen te maken op zorg ingevolge de AWBZ.

Uit de ontstaansgeschiedenis van de bepaling blijkt niet welke achterliggende motivering een rol heeft gespeeld om alle vreemdelingen van de wachttijd uit te sluiten. De overweging bij de invoering van het Besluit dat "het rechtvaardig was om voor vreemdelingen die wordt toegestaan langdurig in Nederland te verblijven een uitzondering te maken", werd niet nader gemotiveerd.

De wijziging van het Besluit in verband met de herziening van de Vreemdelingenwet in 2001 maakte het genoemde onderscheid nog pregnanter: omdat bepaalde groepen vreemdelingen niet onderscheiden konden worden, werden om die reden alle groepen vreemdelingen van de wachttijd uitgezonderd.

Onevenwichtige toepassing wachttijd

In de praktijk betekent de toepassing van de wachttijdregeling dat uitsluitend personen die niet vallen onder de werking van de Vreemdelingenwet en door vestiging in Nederland verzekerd worden, of die niet voordien verzekerd waren onder een wettelijk sociaal systeem of op grond van internationale regelgeving ten laste van Nederland aanspraken hebben, worden geconfronteerd met een wachttijd. De wachttijdregeling zoals deze sinds 1992 in gebruik is leidt daarom tot een onevenwichtigheid in de aanspraken van diverse groepen burgers die verzekerd worden voor de AWBZ. Vreemdelingen die in Nederland een verblijfstitel krijgen, zijn uitgezonderd van de wachttijd, terwijl vrijwel alle (terugkerende) Nederlanders wel met deze wachttijd kunnen worden geconfronteerd. Dit betekent per saldo dat mensen die in het verleden hebben bijgedragen aan de solidariteit in de sociale zekerheid worden geconfronteerd met een wachttijd omdat zij enige jaren niet verzekerd zijn geweest, terwijl bepaalde categorieën vreemdelingen, die nooit

³ In het vervolg van de toelichting wordt met EU/EER-landen mede bedoeld Zwitserland.

eerder verzekerd zijn geweest en ook nooit eerder hebben bijgedragen aan die solidariteit, geen wachttijd hebben.

Opheffing onderscheid tussen groepen van verzekerden

De regering vindt dit onderscheid tussen groepen verzekerden niet langer gewenst en ook niet langer gerechtvaardigd. De regering maakt de thans geldende uitzondering van de wachttijdregeling voor vreemdelingen grotendeels ongedaan, omdat de regering van mening is dat vreemdelingen die AWBZ-verzekerd worden, in beginsel niet anders behandeld dienen te worden dan Nederlanders die na in het buitenland te hebben gewoond, (weer) AWBZ-verzekerd worden. Aan de ongelijke behandeling van mensen die door vestiging in Nederland verzekerd worden, wordt door deze wijziging een einde gemaakt.

Hoewel voor het elimineren van de genoemde onevenwichtigheid ook gekozen zou kunnen worden voor het opheffen van de wachttijd voor iedereen, zou opheffing van de wachttijd oogmerkzorg of oneigenlijk gebruik van schaarse AWBZ-gefinancierde zorg in de hand kunnen werken. De regering acht dit ongewenst. Om die reden is ervoor gekozen de ongelijke behandeling tussen groepen van mensen die door vestiging in Nederland verzekerd worden weg te nemen en het besluit aan te scherpen.

De onevenwichtigheid wordt weggenomen door in het Besluit de uitzonderingen op de wachttijdregeling -met inachtneming van de internationaalrechtelijke verplichtingen- zoveel mogelijk te beperken.

Een uitzondering op de wachttijd blijft bestaan voor de groep vreemdelingen aan wie een "verblijfsvergunning asiel" is verleend. Voor die vreemdeling staat immers vast dat aan hem bescherming tegen vervolging en/of andere bepaalde onverantwoorde risico's bij terugkeer naar het land van herkomst dient te worden geboden. Ook maakt de "uitgenodigde vluchteling" deel uit van deze groep. Het gaat hierbij om een vreemdeling die een verblijfsvergunning op grond van artikel 28 of 33 van de Vreemdelingenwet 2000 is verleend en die daarmee rechtmatig verblijf als bedoeld in artikel 8, onder c of d van de Vreemdelingenwet 2000 heeft. Voor andere groepen vreemdelingen geldt, zozeer als voor Nederlanders die zich in Nederland vestigen, de wachttijd onverkort. De groep personen voor wie de wachttijdregeling geldt wordt dus uitgebreid.

Uitbreiding wachttijd tot alle vormen van AWBZ-zorg

De regering wenst de wachttijd uit te breiden tot alle vormen van AWBZ-zorg. De regering ziet niet langer een principiële en valide reden om de werking van de wachttijd te beperken tot intramurale zorg. Ook aan extramurale zorg of het pgb kunnen belangrijke kosten zijn verbonden. Voorts is in de praktijk is een tendens waarneembaar, ook het CVZ heeft hierop gewezen, waarbij intramurale zorg meer en meer wordt vervangen door andere vormen van zorg. Voor deze "substitutiezorg", alsmede voor de van oudsher bestaande extramurale zorg, geldt evenzeer de overweging dat er sprake is van onevenwichtigheid in de aanspraken tussen verschillende groepen verzekerde personen. De wachttijd is daarom met het besluit uitgebreid tot in beginsel alle vormen van AWBZ-aanspraken, met uitzondering van de aanspraken die zijn omschreven in de artikelen 17 en 18 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Het gaat daarbij om onderzoek naar stofwisselingsziekten en vaccinaties. Met de wijziging wordt niet beoogd dat iemand die bij aanvang van de verzekering is aangewezen op een van de vormen van zorg en daarvoor een wachttijd doormaakt, en die binnen die periode onvoorzien een andere vorm van zorg nodig heeft, voor de laatste vorm van zorg ook een wachttijd heeft. De wachttijd geldt louter voor vormen van zorg die bij aanvang van de verzekering al nodig zijn of voorzienbaar binnen een half jaar nodig zullen worden.

Ingang AWBZ-verzekering voor vreemdelingen

Voor vreemdelingen die met een wachttijd worden geconfronteerd is de ingangsdatum van de verzekering ingevolge de AWBZ, en daarmee het moment waarop de wachttijd in gaat, van belang. Daarbij wordt aangesloten bij het vaststellen van de verzekering van de volksverzekeringen door de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Beoordeling van verzekering voor de volksverzekeringen vindt plaats aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval,

waarin enerzijds de juridische (rechtmatig verblijf), economische (voorzien in levensonderhoud) en sociale bindingen (onder ander familiebanden, woonruimte) met Nederland een rol spelen en anderzijds, de bindingen met het land van herkomst. Er is ten aanzien van vreemdelingen pas sprake van een juridische binding indien voldoende zekerheid van de zijde van de Staatssecretaris van Justitie is verschaft dat de desbetreffende vreemdeling in Nederland zal mogen blijven. Daarbij wordt geen rekening gehouden met het eventueel met terugwerkende kracht verlenen van een verblijfsvergunning. Een en ander betekent dat volstrekt helder is op welk moment de verzekering ingevolge de AWBZ voor vreemdelingen ingaat, namelijk de datum van afgifte van het verblijfsdocument. Vanaf dat moment gaat ook de wachttijd lopen.

Geen wachttijd voor personen met een overgangs aanspraak op AWBZ-zorg

Ten slotte is met de wijziging van artikel 3 van het Besluit, expliciet geregeld dat buiten Nederland wonende personen die bij de invoering van de Zorgverzekeringswet niet langer verzekerd waren ingevolge de vrijwillige of de verplichte AWBZ-verzekering, maar die op grond van overgangsrecht bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak hadden op een vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ en voor wie bij een verdergaande hulpvraag deze aanspraak kon worden voortgezet, indien zij metterwoon terugkeren naar Nederland waardoor wederom AWBZ-verzekering ontstaat, niet met een wachttijd worden geconfronteerd. In de praktijk is gebleken dat het besluit op dit punt onduidelijk was.

Internationale aspecten

Verschillende verdragen, behorend tot de categorie "mensenrechtenverdragen", voorzien er in dat mensen die zich op het grondgebied van een verdragsluitende partij bevinden, recht hebben op gezondheidszorg, ook degene die een wachttijd doormaakt alvorens de financiering van die zorg ten laste van de AWBZ gebracht kan worden. De te leveren gezondheidszorg is echter niet gratis en hoeft dat ook in het licht van deze verdragen niet te zijn. Indien de betrokkene gedurende de wachttijd AWBZ-zorg inroept, dient hij deze kosten in beginsel zelf te betalen. Binnen redelijke grenzen zijn wachttijden eveneens toegestaan in de sociale zekerheidsverdragen, behorende tot de categorie "normverdragen". De sociale zekerheidsverdragen, behorende tot de categorie "coördinatieverdragen", houden rekening met een wachttijd voor het inroepen van het recht op prestaties, getuige de bepalingen voor samentelling van verzekeringstijdvakken, niet alleen voor het ingaan van de verzekering, maar ook voor het ingaan van het recht op prestaties ingevolge die verzekeringen.

Uitvoeringstoets van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Op 8 september 2008 heeft het CVZ een uitvoeringstoets uitgebracht over voorgenomen wijzigingen van dit Besluit.

In de reactie heeft het CVZ aangegeven vraagtekens te zetten bij de voorgenomen wijzigingen omdat bepaalde groepen vreemdelingen categoriaal worden uitgezonderd van aanspraken op noodzakelijke zorg. In de praktijk, aldus het CVZ, zal zich eigenlijk niet de situatie voordoen dat een vreemdeling zich in Nederland vestigt met het oogmerk in Nederland AWBZ-zorg te krijgen en zullen de effecten voor andere categorieën personen beperkt blijven.

Zoals hiervoor is aangegeven onderschrijft de regering thans niet meer de in 1992 gemaakte keuze voor het uitzonderen van alle vreemdelingen van de wachttijd. De regering maakt de thans geldende uitzondering van de wachttijdregeling voor vreemdelingen ongedaan, omdat de regering van mening is dat vreemdelingen die AWBZ-verzekerd worden, in beginsel niet anders behandeld dienen te worden dan Nederlanders die AWBZ-verzekerd worden. Aan de ongelijke behandeling van mensen die door vestiging in Nederland verzekerd worden, wordt door deze wijziging een einde gemaakt.

Ongeacht de vraag of deze situatie zich vaak zal voordoen is de kern van het wijzigingsvoorstel dat een beperking wordt gesteld aan het gebruik van AWBZ-voorzieningen voor mensen die door het wonen in Nederland verzekerd worden,

maar al zijn aangewezen op AWBZ-zorg of spoedig in die situatie zullen komen. Het gaat toch in essentie om de inzet van schaarse en soms kostbare middelen. Het CVZ wijst in de uitvoeringstoets meerdere keren op de feitelijk beperkte werking van de gewijzigde regeling. Mede gelet op het feit dat de gevolgen in de praktijk beperkt zullen zijn omdat enerzijds de wachttijd niet in alle situaties wordt toegepast en anderzijds niet de zorgverlening als zodanig maar de vergoeding van de kosten van zorg ten laste van de middelen van de AWBZ in geding is, acht de regering de wijzigingen wenselijk.

Het CVZ heeft verder geconstateerd dat het huidige systeem van zorgtoewijzing er niet op is ingesteld dat een zorgkantoor bij zorgtoewijzing vaststelt met ingang van welke datum iemand verzekerd is ingevolge de AWBZ of dat wordt gezien of er sprake is van een wachttijd. De vaststelling sinds welke datum iemand verzekerd is en of er sprake is van een wachttijd, bepaalt of de zorg rechtmatig wordt verstrekt. Ik ga er dan ook vanuit dat op een tijdig moment in de keten van uitvoering van de AWBZ een verzekeringstoets plaatsvindt. Daarbij merk ik op dat de SVB de wettelijke taak heeft de verzekeringsplicht AWBZ vast te stellen en met dit doel ook door de AWBZ-uitvoeringsorganen kan worden benaderd.

III. Wijziging van het Besluit Zorgaanspraken AWBZ

Een opmerking vooraf: waar in dit onderdeel van deze toelichting wordt gesproken over "Nederland" wordt het Europese deel van Nederland bedoeld. Sinds 10 oktober 2010 horen ook de openbare lichamen Bonaire, St. Eustatius en Saba tot Nederland. De territoriale werking van de AWBZ strekt zich niet uit tot het Caribische deel van Nederland.

Inleiding

Zoals in het algemene deel van de toelichting is vermeld, heeft de regering in de Wet AWBZ-zorg buitenland voorzien in bij lagere regelgeving te treffen maatregelen, met als doel de tot de inwerkingtreding van die wet bestaande mogelijkheden om in het buitenland zorg ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) in te roepen, aan te scherpen en te beperken.

Tot nu toe waren in het Besluit zorgaanspraken AWBZ, de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) nadere regels gesteld met betrekking tot de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop ingevolge de AWBZ aanspraak bestaat, waaronder de aanspraken op zorg in het buitenland. Nu het totaal van de aanspraken limitatief wordt geregeld in artikel 10 (nieuw) van de AWBZ en in artikel 20 (nieuw) van dit Besluit, zullen de desbetreffende bepalingen uit de Regeling zorgaanspraken AWBZ en de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ, waarin thans voorwaarden voor het verkrijgen van AWBZ-zorg in het buitenland (mede) zijn geregeld, komen te vervallen.

Internationale aspecten

Voor wat betreft de voorwaarden waarin buiten Nederland niet-gecontracteerde zorg kan worden ingeroepen, is in de Wet en in het Besluit rekening gehouden met de vrijverkeersbepalingen van het EG-verdrag, zoals nader geduid door het Europese Hof van Justitie. Het Hof oordeelde dat lidstaten in beginsel vrij zijn wat betreft de wijze waarop zij hun stelsel van sociale zekerheid inrichten, maar dat zij daarbij wel rekening moeten houden met de vrijverkeersbepalingen uit het EG-verdrag. Lidstaten mogen hun stelsels niet zodanig inrichten dat deze een directe of indirecte belemmering vormen voor het vrij verkeer van personen, goederen en diensten. Het Hof is van oordeel dat artikel 49 van het EG-verdrag (oud) zich in beginsel verzet tegen een nationale regeling die vergoeding van in een andere lidstaat gemaakte medische kosten afhankelijk stelt van voorafgaande toestemming als daardoor de sociaal verzekerde wordt afgeschrikt of belet om zich tot een dienst in een andere lidstaat te wenden, tenzij de hieruit voortvloeiende belemmering van het vrije verkeer van diensten kan worden gerechtvaardigd.⁴ De uitspraken van het Hof laten

⁴ Zie de arresten van het Hof in de zaken C-158/96 en C-120/95 (Kohll en Decker), zaak C-385/99 (Müller-Fauré en Van Riet) en C-157/99 Geraets-Smits/Peerbooms.

een onderscheid zien in intramurale zorg (mag in beginsel wel aan beperkingen worden gebonden) en extramurale zorg (mag niet aan een eis van voorafgaande toestemming zijn gebonden). Artikel 10, eerste en tweede lid, van de AWBZ reflecteren deze jurisprudentie.

Aanpassingen aanspraken in het kader van de Wet AWBZ-zorg buitenland

Met de Wet AWBZ-zorg buitenland zijn de volgende aanpassingen van de aanspraken gerealiseerd:

- de AWBZ is zodanig aangepast dat zorg slechts kan worden ingeroepen bij gecontracteerde zorgaanbieders binnen het grondgebied van Nederland, alsmede (gelet op de vrijverkeersbepalingen van de EU) van landen binnen de EU/EER;
- buiten het grondgebied van de EU/EER kan niet langer gecontracteerde zorg worden ingeroepen;
- voor extramurale zorg buiten Nederland, maar binnen de EU/EER geldt op grond van jurisprudentie van het Hof (arresten Kohll en Decker en Müller-Fauré/ Van Riet) niet de voorwaarde dat deze bij een gecontracteerde zorgaanbieder moet worden ingeroepen;
- niet-gecontracteerde zorg kan in een aantal limitatief opgesomde gevallen worden vergoed.

Artikel 10, derde lid, van de AWBZ vormt de grondslag voor de aanpassingen die zijn neergelegd in het Besluit Zorgaanspraken AWBZ.

Artikel 10, derde lid, van de AWBZ bepaalt, na de inwerkingtreding van de Wet AWBZ-zorg buitenland, dat bij algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald

- a. in welke gevallen en onder welke voorwaarden een verzekerde voor het geldend maken van een aanspraak op zorg zich mag richten tot een niet gecontracteerde zorgaanbieder;
- b. in welke gevallen zorg buiten Nederland en de EU/EER kan worden verleend;
- c. in welke gevallen aanspraak bestaat op een vergoeding van de kosten in plaats van zorg in natura en
- d. door wie en onder welke voorwaarden door een ander dan het CIZ een indicatie kan worden afgegeven voor de aanspraak op zorg.

Van de bevoegdheid tot het stellen van deze regels wordt gebruik gemaakt in artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken. Op het beginsel dat AWBZ-zorg moet worden ingeroepen bij een gecontracteerde zorgaanbieder, zijn in het eerste lid van artikel 20 van het Besluit zorgaanspraken de al bestaande uitzonderingen, voor zover deze de zorg binnen Nederland betreffen, gehandhaafd. Met uitzondering evenwel van het bepaalde in het oude eerste lid, onder d, waarin was bepaald dat een kostenvergoeding kon worden verstrekt voor de kosten van zorg die gemaakt zijn terwijl men niet is ingeschreven bij een zorgverzekeraar. Die bepaling is in het voorgestelde Besluit geschrapt. Door de maatregelen gericht op de actieve opsporing van onverzekerden zal de situatie dat een AWBZ-verzekerde niet is ingeschreven zich steeds minder voordoen, ook gelet op het feit dat geen nominale premie AWBZ is verschuldigd. Waar een AWBZ-verzekerde een beroep doet op AWBZ-zorg en niet is ingeschreven, zal de inschrijving alsnog dienen plaats te vinden omdat anders niet kan worden vastgesteld welke zorgverzekeraar zorgplicht heeft jegens de betreffende verzekerde.

Op het met de Wet AWBZ-zorg buitenland ingevoerde beginsel dat (gecontracteerde) zorg binnen de EU/EER moet worden ingeroepen, wordt in artikel 20, tweede lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ een aantal uitzonderingen gemaakt. Deze uitzonderingen gelden ook voor niet-gecontracteerde zorg die buiten het grondgebied van de EU/EER wordt ingeroepen. Het gaat om:

- *voortzetting van een al bestaande aanspraak gedurende een tijdelijk verblijf buiten Nederland*: mensen aan wie al zorg ten laste van de AWBZ wordt verleend en die op vakantie gaan. Deze mogen de zorg gedurende maximaal

dertien weken in het buitenland voortzetten (artikel 20, tweede lid, onderdeel a);

- *voortzetting van een aanspraak in verband met palliatieve zorg*: in afwijking van de achter het eerste gedachtestreepje vermelde periode van dertien weken, mogen mensen die een aanspraak hebben op palliatief terminale zorg ("ZZP (zorgzwaartepakket) 10") deze zorg gedurende maximaal een jaar in het buitenland inroepen. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan een motie die door het Kamerlid Wolbert (PvdA) bij de behandeling in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland is ingediend (artikel 20, tweede lid, onderdeel b). Na een jaar verblijf in het buitenland wordt het ingezetenschap van Nederland en daarmee de rechtsgrondslag voor de verzekering ingevolge de AWBZ, in beginsel als geëindigd beschouwd. Voor zover ingevolge een internationale regeling ten laste van Nederland aanspraak bestaat op zorg, gaat het nationale verzekeringsrecht over in een verdragsrecht op zorg zoals is voorzien in de wetgeving van het woonland;
- *wachtlijsten*: mensen die worden geconfronteerd met wachtlijsten en die toestemming van hun zorgverzekeraar krijgen om AWBZ-zorg in het buitenland inroepen omdat die zorg, gelet op hun gezondheidstoestand en het te verwachten verloop daarvan, in Nederland niet of niet tijdig verkrijgbaar is. De duur daarvan bedraagt maximaal één jaar omdat na een jaar verblijf in het buitenland het ingezetenschap van Nederland en daarmee de rechtsgrondslag voor de verzekering ingevolge de AWBZ, in beginsel als geëindigd moet worden beschouwd (artikel 20, tweede lid, onderdeel c);
- *werken in het buitenland*: mensen die in het buitenland wonen wegens hun werk en die op grond daarvan ingevolge het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen (BUB) of met toepassing van de Europese sociale zekerheidsverordening of een verdrag inzake sociale zekerheid, verzekerd zijn gebleven. Ook personen die deel uitmaken van het huishouden van een dergelijk persoon houden aanspraak op AWBZ-zorg in het buitenland, mits ook zij als verzekerde zijn aangewezen ingevolge het BUB. De duur daarvan is onbeperkt, zolang de verzekering voortduurt (artikel 20, tweede lid, onderdelen d en e);
- *spoedhulp bij tijdelijk verblijf*: mensen die tijdens een tijdelijk verblijf buiten Nederland aangewezen raken op AWBZ-zorg (niet voorzienbare, spoedeisende zorg); de duur daarvan bedraagt eveneens in beginsel maximaal dertien weken, tenzij terugkeer naar Nederland om medische redenen niet mogelijk is.
- De regering streeft er echter naar dat de vergoeding van zorgkosten ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw) die gemaakt worden bij een tijdelijk verblijf buiten de EU/EER-landen en Zwitserland, zal worden geschrapt. Deze kosten kunnen desgewenst worden gedekt via een (private) reisverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering. De daartoe strekkende wetgeving is in voorbereiding. In dit licht bezien is het niet consequent in dit kader te voorzien in een tijdelijk-verblijfsregeling (de "werelddekking") in de AWBZ. Met het oog op de mogelijkheid tot het sluiten van integrale reisverzekeringen die zowel de care als de cure-kosten bij tijdelijk verblijf dekken, is er niettemin voor gekozen de tijdelijk verblijf-regeling in het kader van de AWBZ in stand te laten, tot de inwerkingtreding van de wijziging van de Zvw in verband met het beperken van de werelddekking. Daartoe is in dit besluit een vervalbepaling opgenomen (artikel VI).

Vereenvoudiging van de wijze van vaststelling van de vergoeding

Met het onderhavige besluit wordt tevens beoogd om de wijze van het vaststellen van de hoogte van de vergoeding te vereenvoudigen. Dit was tot nog toe geregeld in de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ van het CVZ. Het CVZ heeft in de uitvoeringstoets inzake "Aanpassing wet- en regelgeving AWBZ-zorg in het buitenland" van 15 juli 2008 voorgesteld tot een zodanige vereenvoudiging over te gaan.

Op dit moment is de uitkering gelijk aan de in rekening gebrachte kosten tot ten hoogste het bedrag dat ingevolge buitenlandse wetgeving rechtsgeldig in rekening mag worden gebracht dan wel tot een bedrag dat algemeen voor zodanige zorg in

rekening pleegt te worden gebracht. Is er geen geldend tarief noch een gebruikelijk tarief dan is de uitkering gelijk aan de in rekening gebrachte kosten, voor zover die gelet op het kostenniveau van de gezondheidszorg in het land van wonen of verblijf aanvaardbaar zijn. Dit betekent dat het CVZ voor de benadering van het tarief in het buitenland het Nederlandse tarief corrigeert voor de loonvoetverhouding tussen de betreffende landen. Deze correctie vindt plaats om te voorkomen dat een hoger bedrag in rekening wordt gebracht dan de te verwachten kosten of dat vergoeding van kosten van uitzonderlijk luxe voorzieningen in vergelijking met de Nederlandse situatie zouden plaatsvinden.

De regering is van mening dat een vereenvoudiging van de wijze waarop de hoogte van de vergoeding wordt bepaald, ten goede komt aan de gewenste transparantie en verbeterd inzicht geeft aan verzekerden en uitvoeringsorganen. Om die reden zijn de voorstellen van het CVZ overgenomen. De bepalingen over de hoogte van de vergoeding die thans in de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ staan, komen te vervallen.

Restitutieregeling (in beginsel gemaximeerd)

Voor de kosten van zorg die op grond van één van de genoemde uitzonderingen wordt ingeroepen geldt een restitutieregeling. In beginsel worden de in rekening gebrachte kosten vergoed tot ten hoogste het bedrag dat in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Indien de verzekerde voor in Nederland ingeroepen zorg een eigen bijdrage verschuldigd zou zijn, wordt deze op het te vergoeden bedrag in mindering gebracht. Voor de restitutieregeling AWBZ is aangesloten bij de restitutie bepaling in artikel 2.2. van het Besluit Zorgverzekering op grond waarvan bij de vergoeding van zorg ingevolge artikel 11, eerste lid, onder b, van de Zvw, kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend zijn te achten, buiten beschouwing worden gelaten. Marktconforme tarieven kunnen in het kader van de AWBZ worden afgeleid van de (gemiddelde) kosten van (intramurale) zorg die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn vastgesteld. Dit is ook de huidige praktijk.

Het gaat hier om zorg buiten Nederland ten gevolge van een eigen keuze van de verzekerde. Deze maximering is toegestaan volgens het arrest "Vanbraeckel" van het Europese Hof van Justitie (C-368/98).

Een uitzondering op dat beginsel geldt volgens het Hof in die uitspraak voor de AWBZ-zorg in het buitenland die in verband met wachtlijsten wordt ingeroepen. Binnen de EU/EER is het niet toegestaan beperkende voorwaarden te stellen aan de vergoeding van de kosten van zorg, indien deze zorg wordt verleend na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar. Een verzekerde heeft na voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar, als bedoeld in het eerste lid, onder c, recht op vergoeding van de gemaakte kosten, ook indien die hoger zijn dan volgens Nederlandse tariefstelling, doch niet langer dan het verblijf waarvoor toestemming is gegeven noodzakelijk is.

Dat betekent naar het oordeel van de regering niet dat dan maar alles vergoed moet worden wat in rekening gebracht wordt. In het geval de in rekening gebrachte kosten meer bedragen dan het Nederlandse marktconforme tarief kunnen daarbovenuitgaande bedragen, voor zover deze naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet redelijk zijn, niet voor vergoeding in aanmerking worden genomen. De verzekeraar kan zijn oordeel baseren op bijvoorbeeld een vergelijking tussen in Nederland gangbare salarissen en die in het desbetreffende land. Zoals ik de Tweede Kamer bij de behandeling van het wetsvoorstel AWBZ-zorg buitenland heb toegezegd, zal de zorgverzekeraars worden gevraagd de in het buitenland in rekening gebrachte tarieven te monitoren en mij te informeren indien er aanwijzingen zijn dat de in rekening gebrachte tarieven bijvoorbeeld gelet op het niveau van de salarissen in het desbetreffende land, niet reëel kunnen zijn. Indien in de toekomst blijkt dat deze niet goed te rijmen zijn met de plaatselijke situatie kan worden gezien of nadere regels aan de vergoeding moeten worden gesteld.

IV. Administratieve lasten

De voorstellen tot wijziging van de AWBZ en dit besluit hebben geen gevolgen voor de administratieve lasten voor bedrijven, instellingen en verzekerden. De huidige, uiteenlopende regelgeving wordt samengevoegd en de financiering van AWBZ-zorg in het buitenland loopt niet meer via verschillende kanalen. Voor de uitvoering betekent dit in de eerste plaats een vereenvoudiging van de toe te passen regelgeving waarin deze aanspraken in het buitenland geregeld zijn. In de tweede plaats zullen door deze beperking van de aanspraken ook de werkzaamheden die daarmee samenhangen afnemen. Ook de controle hierop zal daardoor verminderen. Dit zal leiden tot vermindering van de uitvoeringslasten.

Het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) heeft aangegeven dat er geen advies zal worden uitgebracht omdat het wetsvoorstel en het besluit gepaard gaan met geen of slechts een geringe daling aan administratieve lasten.

B. Toelichting (artikelsgewijs)

Artikel I (Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering)

Onderdelen A en B

De tekst van het huidige artikel 1 van het Besluit wordt opgenomen in een nieuw eerste lid. Daarbij wordt met het oog op de uitbreiding van de wachttijdregeling tot alle vormen van AWBZ-zorg geregeld dat het gaat om aanspraken op een of meer vormen van zorg als bedoeld in hoofdstuk II van het besluit zorgaanspraken AWBZ. Ter vermijding van mogelijk misverstand zij vermeld dat met de wijziging niet wordt beoogd dat iemand die bij aanvang van de verzekering is aangewezen op een van de vormen van zorg en daarvoor een wachttijd doormaakt, en die binnen die periode onvoorzien een andere vorm van zorg nodig heeft, voor de laatste vorm van zorg ook een wachttijd heeft. De wachttijd geldt louter voor vormen van zorg die bij aanvang van de verzekering al nodig zijn of voorzienbaar binnen een half jaar nodig zullen worden.

Aan artikel 1 van het Besluit wordt een tweede lid toegevoegd. In dit lid is geregeld dat de wachttijd – in het belang van de volksgezondheid - niet geldt voor onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en voor vaccinaties met het oog op algemene preventie van bepaalde ziektes (respectievelijk artikel 17 en 18 van het Besluit zorgaanspraken AWBZ).

In onderdeel B is de redactie van artikel 2, tweede lid verbeterd.

Artikel I, onderdeel C

In onderdeel C, onder 1, is de uitzondering op de wachttijd voor asielgerechtigden gerealiseerd.

Onder 2 is expliciet geregeld dat de wachttijd niet geldt voor buiten Nederland wonende personen die bij de invoering van de Zorgverzekeringswet niet langer verzekerd waren ingevolge de vrijwillige of de verplichte AWBZ-verzekering, maar die op grond van overgangsrecht bij de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) aanspraak hadden op een vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ. In de praktijk bleek hierover onduidelijkheid te bestaan.

Artikel II (Besluit zorgaanspraken AWBZ, artikel 20)

Voor een toelichting op de wijziging van artikel 20 wordt in de eerste plaats verwezen naar het algemeen deel van de toelichting.

Voorts wordt het volgende opgemerkt.

In artikel 20, eerste lid, onderdelen b en c en het derde lid van het Besluit zoals dat tot nu toe luidde, waren vergoedingsregels opgenomen indien zorg werd verleend door een niet-gecontracteerde zorgaanbieder bij wonen of tijdelijk verblijf in het buitenland. Deze bepalingen zijn thans opgenomen in artikel 20, tweede lid, en aangevuld.

De bijzondere omstandigheden die kunnen leiden tot een vergoedingsregeling zijn - anders dan voorheen het geval was- limitatief opgesomd. Ook is thans expliciet aangegeven gedurende welke periode de vergoeding mogelijk is. Ook dit was voorheen niet duidelijk geregeld.

Dit onderdeel van het Besluit is ingevolge artikel 10, derde lid, van de AWBZ, voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal.

(artikel 20, tweede lid, onderdeel a)

In het tweede lid, onderdeel a, is geregeld dat zorg die ten laste van de AWBZ verstrekt wordt, kan worden voortgezet, indien deze mensen voor een beperkte duur van maximaal dertien weken buiten Nederland verblijven. In dit lid is bedoeld mogelijk te maken dat iemand met een AWBZ-indicatie met vakantie of op familiebezoek kan gaan en tijdens de vakantie de zorg ter plaatse kan voortzetten. Teneinde te voorkomen dat de mogelijkheid om de kosten van dergelijke zorg ten laste te brengen van de AWBZ verder wordt opgerekt dan de bedoeling is, is het verblijf in duur beperkt. De toepassing van een restitutieregeling bij langdurig tijdelijk verblijf in het buitenland tast immers feitelijk het uitgangspunt aan dat zorg moet worden ingeroepen bij toegelaten en gecontracteerde zorgaanbieders. Dit risico is weggenomen door het begrip "tijdelijk verblijf" af te bakenen op de voet van de regels die in de wetgeving voor socialezekerheidsuitkeringen zijn gesteld met betrekking tot de periode dat iemand met behoud van recht op uitkering op vakantie kan gaan. In uitkeringsregimes voor mensen die geen arbeidsplicht hebben is deze termijn in de regel gesteld op een periode van maximaal dertien weken per jaar. Overwogen is om de genoemde termijn te beperken tot een kortere periode. In de Wet werk en inkomen is de termijn dat iemand op vakantie kan gaan met behoud van uitkering op vier weken gesteld. In ogenschouw genomen dat deze kortere termijn met name is voorgeschreven omdat iemand met een werkloosheidsuitkering zich beschikbaar dient te stellen voor de arbeidsmarkt, alsmede om het verblijf buiten Nederland voor overwinteraars mogelijk te maken, is in overleg met de Tweede Kamer bij de overweging welke termijn te hanteren voor AWBZ-zorg in het buitenland, aangesloten bij de termijn van dertien weken. Het zal bij AWBZ-zorg immers in de regel gaan om mensen voor wie niet langer geldt dat zij zich beschikbaar dienen te zijn voor de arbeidsmarkt.

Gelet op de eerder aangehaalde jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen kan de beperking tot dertien weken binnen de EU/EER slechts worden aangebracht met betrekking tot intramurale zorg. Voor extramurale zorg geldt, rekening houdend met de Europese regels voor het vrije verkeer dat de mogelijkheid tot het inroepen van zorg in het buitenland slechts wordt begrensd door het moment dat vastgesteld moet worden dat het verblijf in het buitenland zodanig langdurig is dat moet worden vastgesteld dat van wonen in Nederland geen sprake meer is en de verzekering aldus is beëindigd.

(artikel 20, tweede lid, onderdeel b)

Ingevolge een motie van het PvdA-fractielid van de Tweede Kamer, mevrouw Wolbert, is voorzien in de mogelijkheid dat mensen die een indicatie hebben voor palliatief terminale zorg deze zorg desgewenst in het land van herkomst kunnen inroepen, om daar in alle rust afscheid van hun familie te kunnen nemen. Voor deze categorie van personen is de periode gedurende welke men ten laste van de AWBZ-zorg in het buitenland mag inroepen, verruimd naar een jaar. Na dat jaar wordt het ingezetenschap van Nederland en daarmee de rechtsgrondslag voor verzekering ingevolge de AWBZ, in beginsel als beëindigd beschouwd.

(artikel 20, tweede lid, onderdeel c)

Wanneer noodzakelijke AWBZ-zorg, gezien de gezondheidstoestand van de betrokkene, niet of niet tijdig genoeg bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan worden verkregen, kan met toestemming van de zorgverzekeraar bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder zorg worden ingeroepen. Aan een verzekerde aan wie niet tijdig zorg kan worden verleend, kan op grond van dit artikel toch de geïndiceerde zorg worden verleend en kunnen de kosten gedurende ten hoogste één jaar worden vergoed. Een vergoeding van de noodzakelijke vervoerskosten wordt gegeven in de situatie dat iemand noodzakelijke AWBZ-zorg niet of niet tijdig

genoeg bij een gecontracteerde zorgaanbieder kan krijgen. De bedoelde aanspraken, te weten ambulancevervoer en gewoon ziekenvervoer, zijn geregeld in artikel 10 van de Zvw en de artikelen 2.13 en 2.14 van het Besluit Zorgverzekering van de Zvw. Met toestemming van de verzekeraar kan de verzekerde dan naar het buitenland voor deze zorg. De regering vindt het dan redelijk dat in die gevallen ook vergoeding van de noodzakelijke vervoerskosten plaatsvindt. Vergoeding van kosten van vervoer is uitgesloten in de gevallen waarin betrokkene er zelf voor kiest om de zorg buiten Nederland in te roepen en bij verblijf in het buitenland wegens vakantie en bij spoedeisende zorg tijdens buitenlands verblijf. In het laatste geval is de overweging dat betrokkene in die situatie een reisverzekering had kunnen sluiten. Het toestaan van AWBZ-zorg in het buitenland moet niet leiden tot lastenverzwaring voor het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). Op grond van de uitspraak van het Europese Hof van Justitie in de zaak Herrera (C-466/04) houdt een verkregen toestemming niet tevens het recht in op vergoeding van reis- en verblijfkosten voor betrokkene en een begeleider.

De beperking van de vergoeding tot een jaar houdt verband met de omstandigheid dat de verzekering voortduurt zolang men "ingezetene" is van Nederland. Hoofregel is dat verzekerde is ingevolge de AWBZ, de persoon die rechtmatig in Nederland woont, of die in het buitenland woont maar in Nederland werkt en alhier is onderworpen aan de loonbelasting. Of iemand in Nederland woont wordt naar feiten en omstandigheden beoordeeld. Uit vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep blijkt dat iemand -naar omstandigheden beoordeeld- in Nederland woont als hij het middelpunt van zijn of haar maatschappelijke leven in Nederland heeft. 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 in hun samenhang bezien criteria zijn aan de hand waarvan het wonen binnen Nederland wordt vastgesteld.

Het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (BUB) voegt categorieën mensen toe, dan wel sluit categorieën mensen uit van de verzekering voor de volksverzekeringen, waartoe de AWBZ behoort.

Het BUB regelt voor verschillende groepen uitzonderingen of uitbreidingen op het verzekerde zijn ingevolge de AWBZ, zoals voor de persoon die wegens studieredenen niet meer in Nederland woont en jonger is dan dertig jaar of voor Nederlandse ambtenaren en hun gezinsleden die in het buitenland wonen en AWBZ-verzekerde zijn.

De beperking tot een jaar is expliciet opgenomen om te voorkomen dat de schijn wordt gewekt dat de verzekering door de instemming van de verzekeraar met het buiten Nederland verlenen van zorg, wordt beschouwd als voortgezet, ondanks dat niet (langer) wordt voldaan aan de wooneis in de AWBZ. AWBZ-verzekering op grond van wonen wordt naar de omstandigheden beoordeeld, en is in de regel beperkt tot een verblijf buiten Nederland van maximaal één jaar. Daarbij is in ogenschouw genomen dat de aard van het verblijf buiten Nederland in de genoemde omstandigheden in de regel van tijdelijke aard is.

Volgens vaste jurisprudentie wordt in de situaties dat niet meteen duidelijk is dat er sprake is van een definitief dan wel een tijdelijk verblijf buiten Nederland, betrokkene gedurende het eerste jaar na het feitelijk vertrek uit Nederland (nog) als ingezetene beschouwd. Na dat jaar wordt het ingezetenschap als beëindigd beschouwd -en houdt de verzekering ingevolge de AWBZ op- tenzij betrokkene aantoont dat de feitelijke omstandigheden het (voorlopig) handhaven van het ingezetenschap rechtvaardigen.

Overigens kan aan de hand van feitelijke omstandigheden in het concrete geval, in hun onderlinge samenhang bezien, tot een afwijkende beoordeling worden gekomen. Als iemand uit Nederland vertrekt om zich definitief buiten Nederland te vestigen (wat bijvoorbeeld kan blijken uit het opzeggen van de huur of verkoop van het eigen huis) eindigt de verzekering op de datum van vertrek. Ook wanneer bij vertrek uit Nederland al vaststaat dat het ingezetenschap verloren zal gaan, wordt, ongeacht de vraag of betrokkene het voornemen heeft zich permanent in het buitenland te vestigen, het vertrek uit Nederland aanstonds als definitief aangemerkt. De verzekering eindigt dan op de dag na de datum van vertrek.

Zowel in de Europese sociale zekerheidsverordening (Verordening (EG) nr. 883/04 (de Verordening) als in verschillende bilaterale sociale zekerheidsverdragen is in de in dit onderdeel geregelde mogelijkheid eveneens voorzien, zij het dat in dat kader, ten laste van de Nederlandse verzekering, aanspraak bestaat op de zorg zoals voorzien in het wettelijke verstrekkingspakket van het betreffende land en volgens de voorwaarden van dat land (bijvoorbeeld eigen bijdragen). Gezien de aard van de zorg is niet waarschijnlijk te achten dat van de mogelijkheid veel gebruik wordt gemaakt. Aan de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) zal verzocht worden er op toe te zien dat de toepassing van deze mogelijkheid geschiedt met de noodzakelijke zorgvuldigheid.

(artikel 20, tweede lid, onderdeel d en e)

In dit onderdeel d is een restitutiemogelijkheid geregeld voor gemaakte kosten voor AWBZ-verzekerden die in verband met werkzaamheden in het buitenland verblijven. Dit was voorheen geregeld in artikel 20, eerste lid, onderdelen b en c, van dit Besluit en nader uitgewerkt in de Regeling hulp in bijzondere omstandigheden AWBZ van het CVZ.

Meestal gaat het om verzekerden die in het buitenland werken voor een in Nederland gevestigde werkgever of die normaliter hun bedrijf in Nederland uitoefenen en die op grond van de bijzondere bepalingen van het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999, in Nederland AWBZ-verzekerd blijven, ook wanneer zij buiten Nederland wonen of verblijven. In onderdeel e is geregeld dat de bepaling ook ziet op eveneens in het buitenland wonende of verblijvende verzekerde gezinsleden van de betrokken persoon die van diens huishouden deel uitmaken. Aan de duur van deze vergoedingsmogelijkheid is uit de aard van de omstandigheden geen maximum verbonden.

(artikel 20, eerste lid, onderdeel f)

In dit onderdeel is de vergoeding voor het verlenen van acute zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland geregeld.

Betrokkene heeft aanspraak op vergoeding van kosten van zorg wanneer hij naar het buitenland gaat, bijvoorbeeld vanwege vakantie of voor werk, en vervolgens door onvoorziene omstandigheden behoefte krijgt aan AWBZ-zorg. Op grond van deze bepaling bestaat recht op vergoeding gedurende een periode van ten hoogste dertien weken. Met deze periode van dertien weken is aangesloten bij het bepaalde in onderdeel a. Deze beperking is opgenomen omdat het de regering voorkomt dat de zorgverzekeraar zich in het kader van zijn zorgplicht op de hoogte zal dienen te stellen van de situatie waarin zijn verzekerde verkeert. Immers, de verzekerde heeft wegens onvoorziene omstandigheden AWBZ-zorg nodig en zal zich daartoe tot zijn verzekeraar hebben gewend. De zorgverzekeraar kan dan actief betrokken worden bij de behandeling van zijn verzekerde en de meest gereede plaats van behandeling. De verzekeraar kan, indien het niet mogelijk is dat betrokkene binnen de genoemde termijn naar Nederland vervoerd wordt en alhier de benodigde zorg krijgt, de termijn verlengen.

Deze bepaling heeft een beperkte geldigheidsduur. Daarvoor zij verwezen naar het algemeen van de toelichting en naar de artikelsgewijze toelichting op artikel VI van het onderhavige Besluit.

(artikel 20, derde lid)

In dit lid is geregeld dat alleen aanspraak op vergoeding wegens de genoemde omstandigheden bestaat indien een onafhankelijk arts heeft vastgesteld dat de zorg nodig is en in welke omvang de zorg nodig is. Onder onafhankelijk arts moet worden verstaan een arts die niet is verbonden aan een instelling of organisatie die de te indiceren zorg kan of zal verlenen. De bepaling strekt zich alleen uit tot de situaties dat de verzekerde in het buitenland verblijft en geen indicatie is verstrekt, namelijk in de situatie van spoedeisende zorg (onderdeel f) en als iemand wegens werk in het buitenland woont of verblijft (onderdeel d en e). Bij de andere uitzonderingssituaties is de verzekerde in de regel in bezit van een indicatiebesluit van het CIZ. Het CVZ heeft er op gewezen dat een wettelijke regeling een onafhankelijke indicatiestelling kan waarborgen.

Er is van afgezien om in deze situaties vergelijkbare voorwaarden te stellen als in het Zorgindicatiebesluit is geregeld. Dit zou een vrijwel ondoenlijke barrière vormen om in spoedeisende gevallen en bij langdurig verblijf in het buitenland vergoeding voor zorg te kunnen krijgen. In de regel zal het immers gaan om buitenlandse artsen. In de genoemde situaties moet een verzekeraar beoordelen of de verzekerde is aangewezen op de zorg. Een verzekeraar kan voor zijn beoordeling uitgaan van een verklaring van een onafhankelijk arts dat de desbetreffende zorg nodig is en, zo mogelijk, in welke omvang deze zorg nodig is. Bij twijfel kan de zorgverzekeraar nadere gegevens te vragen teneinde de zorgbehoefte te kunnen beoordelen.

(artikel 20, vierde lid)

In deze bepaling wordt geregeld dat eigen bijdragen die verschuldigd zijn indien de zorg in Nederland zou zijn ingeroepen op de vergoedingsbedragen voor zorg in het buitenland in mindering worden gebracht.

(artikel 20a)

Artikel 20a is gebaseerd op het huidige artikel 7a van de Regeling zorgaanspraken. In artikel 20a is in enigszins verduidelijkte redactie geregeld dat geen vergoeding ten laste van de AWBZ wordt verleend als de zorg wordt verleend door een Nederlandse toegelaten instelling gedurende het reizen of tijdelijk verblijven buiten Nederland. In de praktijk is gebleken dat de reikwijdte van artikel 7a van de regeling niet geheel duidelijk was. Daarom is de tekst van de bepaling verduidelijkt. De aanspraak op zorg van de verzekerde buiten het Europese deel van Nederland is geregeld in artikel 10 van de wet, en artikel 20 van dit besluit. In gevallen waarin de toepassing van de wet of dit besluit er niet aan in de weg staat dat de verzekerde gedurende het reizen of het tijdelijk verblijven buiten het Europese deel van Nederland aanspraak kan maken op zorg als bedoeld in de artikelen 4 tot en met 8 van dit besluit (persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling), geldt die aanspraak alleen indien de zorg wordt verleend door een andere dan een in Nederland toegelaten instelling.

Anders gezegd: de verzekerde heeft weliswaar een aanspraak op zorg of op vergoeding van de kosten daarvan, als bedoeld in het Besluit zorgaanspraken AWBZ, als hij buiten Nederland reist of verblijft, maar het is niet zo dat een instelling in de zin van de Wet toelating zorginstellingen die deze zorg normaliter aan de verzekerde verleent, dezelfde zorg ten laste van de AWBZ ook in het buitenland kan verlenen.

Dat is niet alleen uit oogpunt van kostenbeheersing ongewenst, maar heeft ook ten doel om de handen die in Nederland beschikbaar zijn voor het verlenen van zorg in Nederland in te zetten en niet daarbuiten. De regering acht het van belang dat Nederlandse zorginstellingen zich richten op het verlenen van zorg in Nederland. Het is ongewenst dat die instellingen een prikkel kunnen ervaren om buiten Nederland zorg te verlenen, en bijvoorbeeld (zoals in het verleden wel is gebeurd) zorgverleners meesturen met de verzekerde die buiten Nederland vakantie geniet.

De bedoeling van de regelgever is altijd geweest en is nog steeds dat vergoeding op grond van deze bepaling onder geen enkele omstandigheid is toegestaan. Gezien de wens van de regering tot grotere transparantie met betrekking tot de aanspraken op AWBZ-zorg in het buitenland en deze aanspraken eenduidig te regelen, is de bepaling in de regeling vervallen en verplaatst naar dit artikel. De grondslag voor de in dit lid genoemde beperking wordt gevormd door artikel 10, derde lid, onderdeel b en c en 13, tweede lid onder a en d, van de AWBZ.

Artikelen III, IV en V (overgangsrecht)

In *artikel III* is het overgangsrecht geregeld voor de persoon die al extramurale zorg ontvangt voor de inwerkingtreding van dit besluit. Door de inwerkingtreding van dit besluit geldt de wachttijd niet alleen voor zorg met verblijf, maar voor alle aanspraken ingevolge de AWBZ.

In *artikel IV* is het overgangsrecht geregeld voor de vreemdeling die al zorg ontvangt en voor de inwerkingtreding van het gewijzigde Besluit wachttijd

bijzondere ziektekostenverzekering behoort tot de groep vreemdelingen die is vrijgesteld van een wachttijd en als gevolg van de wijziging niet langer wordt vrijgesteld. In het overgangsrecht is geregeld dat gedurende de wachttijdperiode de zorg kan worden voortgezet.

Het overgangsrecht komt er op neer dat de zorg die betrokkene op de datum van inwerkingtreding van het besluit al ontvangt, gedurende de gehele wachttijd in stand blijft. Met het overgangsrecht wordt voorkomen dat de aanspraak op vergoeding van zorg ten laste van de AWBZ gedurende de resterende tijd van de wachttijd tijdelijk wordt onderbroken en na de wachttijd weer dient te worden voortgezet. Een dergelijke onderbreking zou betrokkene gedurende een korte tijd recht op vergoeding van zorg ontnemen. Bovendien zou de administratieve afwikkeling van een dergelijke onderbreking ook een onevenredige belasting voor de uitvoeringsorganen met zich brengen.

In *artikel V* is een overgangsregeling getroffen voor de persoon die op grond van een van de in artikel 20, tweede lid, onderdelen a tot en met c genoemde situaties een vergoeding ontvangt indien die aanspraak na de inwerkingtreding van het besluit in tijd is gemaximeerd en de periode (van dertien weken respectievelijk één jaar) waarover die vergoeding is ontvangen is overschreden op de datum van inwerkingtreding van het besluit. Deze is bepaald op 1 januari 2013. In die situatie bestaat voor de in onderdeel a bedoelde situatie nog tot uiterlijk 31 maart 2013 recht op die vergoeding. Voor de onderdelen b en c is dat tot en met 31 december 2013 het geval. De zorgverzekeraars zal worden gevraagd deze wijzigingen mee te delen aan de verzekerden in de brieven die zij uitsturen aan hun verzekerden bij het aanbieden van de verzekeringspolis voor het jaar 2013. Daarmee zullen de verzekerden die het aangaat tijdig geïnformeerd zijn over de maximering van de vergoedingsperiode.

Artikel VI

Met betrekking tot de vergoedingsmogelijkheid van spoedeisende zorg bij tijdelijk verblijf, wordt het volgende opgemerkt.

De regering streeft ernaar dat de vergoeding van zorgkosten ingevolge de Zorgverzekeringswet (Zvw) die gemaakt worden bij een tijdelijk verblijf buiten de EU/EER-landen en Zwitserland, zal worden geschrapt. Deze kosten kunnen desgewenst worden gedekt via een (private) reisverzekering of aanvullende ziektekostenverzekering. De daartoe strekkende wetgeving is in voorbereiding. In dit licht bezien is het niet consequent in dit kader te voorzien in een tijdelijk-verblijfgeregeling (de "werelddekking" in de AWBZ). Met het oog op de mogelijkheid tot het sluiten van integrale reisverzekeringen die zowel de care als de cure-kosten bij tijdelijk verblijf dekken, is er niettemin voor gekozen de tijdelijk verblijf-regeling in het kader van de AWBZ in stand te laten, tot de inwerkingtreding van de wijziging van de Zvw in verband met het beperken van de werelddekking. Daartoe is in dit besluit een vervalbepaling opgenomen.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. M.L.L.E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner