

Vergaderjaar 2016–2017

**34 333**

## **Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Wet financiering sociale verzekeringen in verband met grensoverschrijdende zorg**

**B**

### **VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 31 januari 2017

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel geeft de commissie aanleiding tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Met voldoening stellen zij vast dat aan de kritiek van de Raad van State en de Tweede Kamer gevolg is gegeven door de beperking van de dekking van de zorgverzekering tot Europa uit het wetsvoorstel te schrappen. De leden van de CDA-fractie stellen vast dat het nu voorliggend gewijzigd voorstel van wet enkel gericht is op de wettelijke verankering van het nationaal contactpunt (ncp), met terugwerkende kracht tot 2013, ter invulling van de richtlijn betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (Patiëntenrichtlijn).<sup>2</sup> Zij hebben naar aanleiding van het voorstel nog wel enige vragen.

Dit onderdeel heeft spoed omdat de regering door de Europese Commissie is gemaand tot het voldoen aan de richtlijn en de ingebrekestelling mogelijk aanhangig wordt gemaakt bij het Europese Hof van Justitie, zo meldt de Minister in de brief van 23 september 2016 aan de Tweede Kamer.<sup>3</sup> Kan de regering een overzicht geven van alle problemen die aan Nederland gemeld zijn over de wijze van omzetting van de richtlijn, naast de omissie van wettelijke verankering en instelling van het nationaal contactpunt? Waarom is de regering van mening dat met onderhavig voorstel van wet geheel voldaan

<sup>1</sup> Samenstelling: Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Beuving (PvdA), Ganzevoort (GL), De Grave (VVD), Martens (CDA) (*voorzitter*), Bruijn (VVD) (*vicevoorzitter*), Gerkens (SP), Kops (PVV), Atsma (CDA), Bredenoord (D66), Dercksen (PVV), Van Dijk (SGP), Don (SP), Van Hattem (PVV), Krikke (VVD), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Prast (D66), Van Rooijen (50PLUS), Schnabel (D66), Wezel (SP), Klip-Martin (VVD)

<sup>2</sup> Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2016/17, 34 333, nr. 12, p. 1–2.

wordt aan alle kritiek van de Europese Commissie? Wat zijn de redenen dat de regering de omzetting zo lang heeft laten liggen en men het risico op een infractieprocedure, die toch energie en geld kost, zo lang miskend heeft? De spoedprocedure die nu toegepast moet worden, gaat ten koste van de kwaliteit en het functioneren van de grensoverschrijdende zorg die het toch makkelijker moet maken voor patiënten om zorg die in Nederland niet of niet op tijd beschikbaar is, in een ander EU-land te ondergaan.

Het Nederlandse nationaal contactpunt voor grensoverschrijdende zorg functioneert momenteel als website bij het CAK.<sup>4</sup> De regering wil dat handhaven en geeft dit een wettelijke verankering. Ook wordt een ministeriële regeling aangekondigd. Artikel 6 van de richtlijn bepaalt dat stakeholders worden betrokken bij de opzet en uitwerking van de ncp's. Hoe is in deze betrokkenheid voorzien, zo vragen deze leden. Heeft dit plaatsgevonden? Is er daadwerkelijke inbreng van en overleg met patiënten geweest? Kan de regering aangeven hoe en met welke patiëntenorganisaties dit overleg heeft plaatsgevonden? De leden van de CDA-fractie stellen deze vraag ook omdat een groot deel van de artikelen van de richtlijn betrekking heeft op *rare diseases*, patiënten met zeldzame aandoeningen. Zij zijn immers hun leven lang gebaat bij continue zorg van de zeldzame experts op hun gebied, die veelal ook in het buitenland te vinden zijn. Deze leden erkennen dat de Minister met het opzetten van zogenaamde referentienetwerken voor zeldzame aandoeningen, en bij het aanwijzen of erkennen van *centres of reference*, patiënten en hun organisaties heeft betrokken. Is dat ook het geval bij de opzet van het ncp, zo vragen de leden van de CDA-fractie. Deze vraag komt voort uit het gegeven dat patiënten met zeldzame ziekten waarschijnlijk de meeste behoefte hebben aan informatie en zekerheid over kwaliteit, veiligheid, continuïteit en gegarandeerde terugbetaling etc. van de zorg van hun buitenlandse specialisten. Hoe gaat dat geborgd worden?

Kan de regering in dit verband een nadere toelichting geven op de kritiek uit het verslag van de Europese Commissie van 4 september 2015 over de werking van de richtlijn? Hieruit blijkt dat patiëntenorganisaties een dikke onvoldoende geven voor de wijze waarop de ncp's functioneren. Zij spreken zelfs van «een doolhof van verwarrende, soms ontoereikende en soms te gedetailleerde informatie op het gebied van de grensoverschrijdende gezondheidszorg. De ncp's zijn volgens hen bepalend voor het welslagen of mislukken van de richtlijn; ze zouden «checklists» kunnen verstrekken aan personen die overwegen zich in het buitenland te laten behandelen en kunnen voorzien in gedetailleerde individuele routekaarten met informatie over procedures, kosten en vergoedingen. Ook hebben de patiëntenorganisaties benadrukt dat de informatie die patiënten ontvangen over kwaliteit en veiligheid, in alle instellingen en in alle lidstaten beter vergelijkbaar en betrouwbaarder zou moeten worden.»<sup>5</sup>

Is bij de opzet en werkwijze van het Nederlandse ncp ingegaan op en rekening gehouden met voornoemd commentaar van de voornaamste stakeholder, de patiënt en met name de patiënten met zeldzame aandoeningen? Een patiënt die slechts een enkele keer, bijvoorbeeld ter vermindering van te lange wachttijd, naar het buitenland uitwijkt voor bijvoorbeeld een oogoperatie, heeft slechts incidenteel behoefte aan informatie. Een patiënt met een zeldzame aandoening heeft dat echter levenslang en wil voortdurend geïnformeerd worden over de nieuwste

<sup>4</sup> Wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK (kamerstukdossier 34203).

<sup>5</sup> Verslag van de Commissie over de werking van Richtlijn 2011/24/EU betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg (COM(2015) 421 final) (p. 8 en 9).

ontwikkelingen, ook die in het buitenland. De leden van de CDA-fractie vernemen graag hoe de informatie op de website van het nationaal contactpunt voor eventuele buitenlandse patiënten inzichtelijk wordt gemaakt. In welke taal wordt de informatie aangeboden? Veel buitenlanders of hun familieleden zijn bekend met het Engels, maar, gelet op onze buurlanden, is te verwachten dat met name Duitstaligen en mogelijk Franstaligen belangstelling hebben voor grensoverschrijdende zorg in Nederland.

In de brief van 23 september 2016<sup>6</sup> merkt de Minister naar aanleiding van een vraag van het Tweede Kamerlid Bouwmeester op dat het nationaal contactpunt slechts een informatiefunctie heeft en niet bedoeld is voor het deponeren van klachten en suggesties. De leden van deze fractie krijgen dit graag verduidelijkt. Is dat niet een te beperkte interpretatie van de functie van het ncp? Immers, de richtlijn vraagt ook om een periodieke evaluatie, zodat het functioneren van grensoverschrijdende zorg kan worden aangepast en verbeterd. Is dat wel mogelijk wanneer informatie en suggesties van de stakeholders, die hun ervaringen, kennis en inzichten willen delen, niet geregistreerd worden? Het afdoen van het nationaal contactpunt als eenrichtingsverkeer voor betalingsinformatie is tegen deze achtergrond wel erg minimalistisch en zeker niet uitnodigend om in geval van nood, dringende behoefte of wens, de grens over te gaan. De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering in dit verband om een nadere reflectie op de oorspronkelijke bedoeling van de Europese wetgever om invulling te geven aan patiëntenrechten. De Nederlandse invulling geeft de indruk van een wel heel defensieve aanpak. Voeg daarbij dat met deze richtlijn nog altijd een besparing bereikt zou moeten worden van 15 mln euro, dan leidt dit tot de vraag welke rechten voor grensoverschrijdende zorg nu beperkt gaan worden.

De leden van de CDA-fractie vernemen ook graag hoe wordt omgegaan met en op welke wijze wordt voorzien in de implementatie van artikel 10 van de richtlijn over de samenwerking in onder meer grensregio's. Dit artikel schrijft voor en roept op tot samenwerking van de lidstaten bij de uitvoering van de richtlijn. Lidstaten wordt opgedragen om bij de uitvoering van de richtlijn elkaar wederzijds te helpen, met name administratief, maar ook op het punt van kwaliteit en veiligheid. Zijn deze leden goed geïnformeerd als ze stellen dat, op instigatie van de Europese Commissie, verschillende taken die uit de richtlijn voortvloeien al voortvarend door de lidstaten zijn opgepakt, zoals de Europese Referentie Netwerken? Maar ook op het vlak van ICT, Health Technology Assessment en de erkenning van recepten is al het een en ander gerealiseerd. In hoeverre behoeven deze activiteiten een wettelijke inkadering bij het takenpakket van het ncp? Wat denkt de regering te doen met de eveneens in artikel 10 van de richtlijn gevraagde samenwerkingsovereenkomsten in de grensgebieden? Loopt Nederland, door het achterwege blijven van de implementatie van de in dit artikel gevraagde ondersteuning van samenwerkingsovereenkomsten, opnieuw het risico van tekortkomingen, en, zoals bij het ncp het geval was, een mogelijke inbreukprocedure? Hoe wordt deze opdracht aan de lidstaten tot wettelijke / administratieve, maar in ieder geval faciliterende implementatie, omgezet?

Het voornemen tot intrekking van werelddekking voor in Nederland verzekerden is nu van de baan. Waar de regering ook spreekt over wijzigingen voor verdragsgerechtigden, hebben de leden van de CDA-fractie nog enkele vragen over de werelddekking. Wat gebeurt er met een verdragsgerechtigde (gepensioneerde) die bijvoorbeeld in Spanje woont en op vakantie gaat buiten Europa? Op welke wijze is deze

<sup>6</sup> Kamerstukken II 2016/17, 34 333, nr. 12, p. 3.

verdragsgerechtigde verzekerd tegen medische kosten? Kunnen zij de kosten declareren in Nederland of moet dat gebeuren in, in dit voorbeeld, Spanje? Welk bedrag gaat vergoed worden en waar moet toestemming gevraagd worden?

Ook over de problematiek van de nabestaanden hebben deze fractieleden een vraag. Het komt voor dat een verdragsgerechtigde als gevolg van het overlijden van de partner de status van verdragsgerechtigde verliest. Dat is het geval als de nabestaande enkel een nabestaandenpensioen ontvangt. Dit nabestaandenpensioen is in tegenstelling tot een pensioen op grond van de Algemene nabestaandenwet (Anw) en VUT/AOW niet opgenomen in bijlage XI Vo 883/2004<sup>7</sup>. Als de nabestaande vervolgens een AOW ontvangt kan deze weer verdragsplichtig worden. Kan ervoor worden gezorgd dat ter voorkoming van deze ongewenste switch het nabestaanden- / bedrijfspensioen wordt opgenomen in Bijlage XI?<sup>8</sup> Dit geldt ook voor een ondernemer met een eenmanszaak, wiens inkomen tot ca. 65 jaar bestaat uit een lijfrente en dan bij het wonen in het buitenland geen verdragsgerechtigde is; vanaf ca. 65 jaar is hij wel verdragsgerechtigde i.v.m. de AOW.

Tot slot hebben de leden van de CDA-fractie nog een vraag over de aanvullende ziektekostenverzekering. Een in Nederland verzekerde grensarbeider verliest de mogelijkheid om zich aanvullend te verzekeren in Nederland als hij met pensioen gaat en de status van verdragsgerechtigde krijgt. Betrokkene behoudt op grond van verordening nr. 883/2004 het recht om een medische behandeling te ondergaan. Is het beëindigen van de aanvullende verzekering in dit soort gevallen niet in strijd met het Unierecht (vrij verkeer van personen)?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 17 februari 2017.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Martens

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
De Boer

---

<sup>7</sup> Verordening (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels.

<sup>8</sup> Zie: ECLI:NL:RBAMS:2010:BP7638 Rechtbank Amsterdam, 10-11-2010, AWB 09-2775 ZFW (<https://www.recht.nl/rechtspraak/?ecli=NL:RBAMS:2010:BP7638>)