

Kenmerk	W13.00.0331/III
Datum advies	19 oktober 2000
Vindplaats	Bijvoegsel Staatscourant 9 januari 2001, nr 6

Volledige tekst

Ontwerpbesluit met nota van toelichting tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden met betrekking tot ergotherapie, hulp in andere lidstaten van de Europese Unie en de eigen risico's.

Bij Kabinetsmissive van 3 augustus 2000, no.00.004481, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit met nota van toelichting tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden met betrekking tot ergotherapie, hulp in andere lidstaten van de Europese Unie en de eigen risico's.

Het ontwerpbesluit strekt ertoe de enkelvoudige extramurale ergotherapie met ingang van 1 januari 2001 als verstrekking in de Ziekenfondswet op te nemen en deze vorm van zorg toe te voegen aan het standaardpakket op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). Verder wordt het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden gewijzigd. De Raad van State onderschrijft de strekking van het ontwerpbesluit, maar maakt een opmerking over onder meer de vervoerskosten. Hij is van oordeel dat in verband daarmee aanpassing van het ontwerpbesluit wenselijk is.

1. Vervoerskosten

Ingevolge artikel 19, tweede lid, bestaat geen aanspraak op de vergoeding van de kosten van ziekenvervoer, gemaakt in verband met in een andere lidstaat zonder voorafgaande toestemming ontvangen medisch noodzakelijke zorg. Volgens de toelichting gaat het bij ziekenvervoer om bijkomende kosten; als de verzekerde zo nodig elders hulp wil inroepen, behoren de daarmee samenhangende vervoerskosten tot zijn eigen verantwoordelijkheid. (*zie noot 1*)

Uit artikel 10, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden volgt dat de kosten van medisch noodzakelijk ziekenvervoer in Nederland in verband met een ziekenhuisopname of niet-klinische medisch specialistische behandeling worden vergoed. Het volstrekt uitsluiten van vergoeding van deze kosten, gemaakt in het kader van een behandeling in het buitenland die volgens artikel 19, eerste lid, wél voor vergoeding in aanmerking komt, is een vorm van directe discriminatie en als zodanig ontoelaatbaar. Een dergelijke regeling maakt het moeilijker om zich tot medische hulpverleners in een andere lidstaat te wenden en vormt voor zowel laatstgenoemden als de verzekerden een belemmering van het vrije verkeer van diensten.

Waar precies de grenzen liggen van de hoogte van te verstrekken vergoeding, is moeilijk aan

te geven. Uit het arrest O'Flynn(*zie noot 2*) kan worden afgeleid dat niets een lidstaat belet de vergoeding te beperken tot een forfaitair of redelijk bedrag, dat wordt vastgesteld in relatie tot de vervoerskostenvergoeding die voor vervoer in de eigen lidstaat geldt. In zoverre lijkt de regeling die thans nog op grond van artikel 6 Wtz geldt - te weten vergoeding van de kosten tot aan de dichtstbijzijnde plaats waar de behandeling normaliter in Nederland zou zijn geschied - niet bij voorbaat kansloos als het tot een procedure voor het Hof komt.

Gelet op het voorgaande adviseert de Raad in artikel 19, tweede lid, van het ontwerpbesluit te voorzien in een regeling met betrekking tot de vervoerskosten.

Overige opmerkingen

2. In artikel 5, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering wordt paramedische zorg omschreven als door een huisarts of specialist (en in geval van logopedie: tandartsspecialist) voorgeschreven zorg, te verlenen door heilgymnasten-masseurs, fysiotherapeuten, oefentherapeuten of logopedisten. Ingevolge het tweede lid worden bij ministeriële regeling regels gesteld omtrent omvang en plaats van de zorg, en de voorwaarden waaronder aanspraak op die zorg bestaat. Aan dit artikellid is uitwerking gegeven door middel van de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverlening. Ingevolge artikel I van het ontwerpbesluit wordt aan het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering een nieuw artikel 5a toegevoegd. Daarin wordt bepaald dat paramedische zorg tevens de aanspraak op ergotherapie omvat en worden tevens de omvang en plaats van de zorg, en kwaliteit van de hulpverlener omschreven.

De Raad adviseert ter bevordering van de overzichtelijkheid van de regelgeving de regeling van de paramedische zorg te concentreren in artikel 5 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekeringen en het ontwerpbesluit zodanig te wijzigen dat het voorgestelde artikel 5a wordt omgezet in een aanpassing van artikel 5.

3. In artikel 20, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden is onder meer bepaald dat de verzekerde aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van opname in een buitenlands ziekenhuis gedurende maximaal een jaar. In het voorgestelde artikel 20, eerste lid, wordt, voorzover hier van belang, bepaald dat de kosten worden vergoed van in het buitenland door of vanwege een ziekenhuis verleende zorg die gepaard gaat met opname gedurende maximaal een jaar. (*zie noot 3*) Letterlijk genomen betekent dit dat wanneer een opname langer duurt dan een jaar, ook de aanspraak op vergoeding over dat jaar vervalt.

De Raad adviseert daarom het voorgestelde artikel 20, eerste lid, zodanig te wijzigen dat bij de formulering aansluiting wordt gezocht bij de formulering van het thans geldende artikel 20, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden.

4. Met het ontwerpbesluit wordt, conform de aanbevelingen van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), ergotherapie per 1 januari 2001 opgenomen in het ziekenfonds- en Wtz-pakket en wordt ook de vrijgevestigde ergotherapeut in staat gesteld deze zorg als verstrekking te leveren. Uit het ontwerpbesluit blijkt niet of aandacht is geschonken aan de overige aanbevelingen van het CVZ, in het bijzonder die betreffende de afbakening tussen de verstrekking ergotherapie en de Wet voorzieningen gehandicapten en tussen ergotherapie en fysiotherapie, en die inzake de aan de kwaliteit van de zorgverlening te stellen eisen. In de toelichting bij artikel I wordt in dit verband slechts gesteld dat de aanspraak op ergotherapie die in het nieuwe artikel 5a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is omschreven, qua inhoud en omvang overeenkomt met hetgeen onder de subsidieregeling

werd vergoed. De Raad adviseert hieraan in de toelichting aandacht te schenken.

5. Voor redactionele kanttekeningen verwijst het college naar de bij het advies behorende bijlage.

De Raad van State geeft U in overweging in dezen een besluit te nemen, nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

De waarnemend Vice-President van de Raad van State

Bijlage bij het advies van de Raad van State van 19 oktober 2000, no.W13.00.0331/III, met redactionele kanttekeningen die de Raad in overweging geeft.

- In het voorgestelde artikel 2a, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden (artikel II, onderdeel A) “hulp” wijzigen in: zorg.
- In artikel II, onderdeel B, eerste lid, na “bedragen” invoegen: genoemd in artikel 2a. Teven na “bedrag” invoegen: genoemd in artikel 2a, eerste lid.

Nader rapport (reactie op het advies) van 14 november 2000

1. Het voorgestelde artikel 19, tweede lid, heb ik aangepast en daarin, overeenkomstig de suggestie van de Raad, voorzien in een regeling voor de vervoerskosten indien de verzekerde zich naar een ander lidstaat van de Europese Unie voor het verkrijgen van zijn zorg begeeft.

2. Het advies van de Raad om de materie zoals die in het aan de Raad voorgestelde ontwerpbesluit was geregeld in artikel 5a, te regelen door middel van wijziging van artikel 5 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is opgevolgd.

3. Artikel 20 is, gezien de opmerking van de Raad, aangepast.

4. De Raad van State wijst op de aanbevelingen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) met betrekking tot de afbakening tussen de verstrekking ergotherapie en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en tussen ergotherapie en fysiotherapie en die inzake de aan de kwaliteit van de zorgverlening te stellen eisen.

De omschrijving van de met het onderhavige ontwerpbesluit geregelde verstrekking ergotherapie is helder. Het gaat, net als bij de subsidieregeling, om advisering, instructie, training of behandeling door een ergotherapeut, gedurende maximaal 10 uren per kalenderjaar, met als doel de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen.

Ergotherapie onderscheidt zich, zoals ook in het rapport van het CVZ wordt gesteld, van fysiotherapie, omdat fysiotherapie anders dan ergotherapie, tot doel heeft het voorkomen,

opheffen of verminderen van beperkingen aan het bewegingsapparaat. Fysiotherapie richt zich daarbij onder meer op pijnbestrijding en mobiliteitsverbetering. Zoals vermeld, is het doel van ergotherapie de zelfzorg en zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen.

Uit het rapport van het CVZ en de daarbij gevoegde vervolgevaluatie blijkt dat het nog wel voorkomt dat verzekerden naar de fysiotherapeut worden verwezen, terwijl de ergotherapeut aangewezen is. Deze verkeerde verwijzing wordt niet veroorzaakt door de in de subsidieregeling opgenomen omschrijving van de zorg die een ergotherapeut levert, maar doordat ergotherapie, blijkens de rapporten, nog beperkt bekend is bij huisartsen. Door het regelen van deze zorg als aanspraak, zal die bekendheid snel groeien en zal er geen reden meer zijn voor verkeerde verwijzing.

Met betrekking tot de WVG is het volgende van belang.

Uit het rapport van het CVZ en het daarbij gevoegde vervolgevaluatierapport blijkt dat een groot deel van de werkzaamheden (79% van de cliënten) van de ergotherapeut betreft instructie en advisering over hulpmiddelen of woningaanpassingen. In het vervolgevaluatierapport wordt verwezen naar voorbeelden van afbakeningsproblematiek (bijlage 4 van dat rapport). Die voorbeelden, waarbij steeds sprake was van een WVG-hulpmiddel, geven echter niet een probleem aan, doch illustreren slechts dat in verschillende gevallen de ergotherapeut op verschillende wijze kan worden ingeschakeld. Uit de voorbeelden en de conclusies van de rapporten blijkt niet dat de hulp van ergotherapeuten bij WVG-hulpmiddelen en -voorzieningen van de aanspraak moet worden uitgesloten. Dat zou ook niet wenselijk zijn, omdat juist daarbij, zoals hiervoor is aangegeven, het meeste gebruik wordt gemaakt van ergotherapie.

Een ander afbakeningsprobleem dat genoemd wordt, is dat per gemeente in verschillende mate beroep wordt gedaan op de ergotherapie.

Dit alles leidt er niet toe dat de verstrekking ergotherapie beperkter moet worden omschreven, maar dat in de overeenkomst tussen het ziekenfonds en de ergotherapeut goede en duidelijke afspraken moeten worden gemaakt over de eenduidige uitvoering daarvan. Op die wijze moet oneigenlijke afwenteling van kosten en ongelijkheid in de uitvoering voorkomen worden.

Verder was in de nota van toelichting geen aandacht besteed aan de opmerking van het CVZ dat aan de kwaliteit van zorgverlening eisen moeten worden gesteld. De reden daarvoor is dat dat in andere kaders is geregeld. Immers, het systeem is als volgt.

Voor instellingen geldt de Kwaliteitswet zorginstellingen en voor ergotherapeuten de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (Wet BIG).

Alleen degenen die met goed gevolg de op grond van de Wet BIG geregelde opleiding hebben voltooid, mogen de titel van ergotherapeut dragen. Op grond van de Wet BIG is ook het gebied van deskundigheid omschreven van ergotherapeuten die bedoelde opleiding hebben voltooid.

Tot slot is van belang dat artikel 44, tweede lid, van de Ziekenfondswet bepaalt dat de overeenkomsten tussen ziekenfondsen met personen en instellingen die een ziekenfondsverstrekking verlenen, bepalingen omtrent de kwaliteit en de doelmatigheid van de hulpverlening dienen te bevatten. Langs die weg kunnen dus afspraken worden gemaakt over de kwaliteit van de zorgverlening. Een andere mogelijkheid biedt de Ziekenfondswet niet om kwaliteitseisen aan de zorgverlening door instellingen of personen te stellen.

Gezien de aanbeveling van de Raad, heb ik de nota van toelichting op deze punten

aangevuld.

5. De redactionele kanttekeningen zijn verwerkt.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om het zesde lid van artikel 15 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering te vernummeren tot vijfde lid, aangezien een vijfde lid ontbrak. Tevens is van de gelegenheid gebruik gemaakt om in artikel 2a, eerste lid, van het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden het per 1 januari 2001 geldende bedrag op te nemen.

Ik moge U hierbij het gewijzigde ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting doen toekomen en U verzoeken overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

-
- (1) Algemeen, paragraaf 1.3. Kohl en Decker.
 - (2) Zaak C-237/94 John O'Flynn/Adjudication Officer.
 - (3) Artikel II, onderdeel G.