

Vergaderjaar 2021–2022

29 689

## Herziening Zorgstelsel

### Nr. 1128

Ter griffie van de Tweede Kamer der Staten-Generaal ontvangen op 4 oktober 2021.

De wens om over de voorgenomen voordracht voor de vast te stellen ministeriële regeling nadere inlichtingen te ontvangen kan door of namens de Kamer of door ten minste dertig leden van de Kamer te kennen worden gegeven uiterlijk op 14 november 2021.

De voordracht voor de vast te stellen ministeriële regeling kan niet eerder worden gedaan dan op 15 november 2021 dan wel binnen veertien dagen na het verstrekken van de in de vorige volzin bedoelde inlichtingen.

***Bij de termijnen is rekening gehouden met de recesperiode van de Tweede Kamer.***

### BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 oktober 2021

Hierbij zend ik u de evaluatie van de «Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» (hierna: Subsidieregeling), alsmede een conceptregeling, houdende de wijziging van de Subsidieregeling in verband met de beoogde verlenging van de werkingsduur en actualisering<sup>1</sup>.

Deze voorlegging geschiedt in het kader van artikel 4.10 van de Comptabiliteitswet 2016 en biedt uw Kamer de mogelijkheid zich uit te spreken over de voorgenomen wijziging van de Subsidieregeling voordat deze door mij zal worden vastgesteld.

In deze brief ga ik eerst in op de Subsidieregeling en de voorgenomen wijzigingen en daarna op de evaluatie en mijn reactie op de aanbevelingen die in de rapportage zijn opgenomen.

#### Aanleiding

De «Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» (hierna: Subsidieregeling) is in werking getreden op 1 maart 2017 en vervalt met ingang van 1 maart 2022. Afgelopen maanden is de Subsidieregeling geëvalueerd met als doel de effectiviteit van de regeling in de periode 2017–2020 en de houdbaarheid voor de toekomst te beoordelen. Met deze brief informeer ik uw Kamer over de beoogde verlenging van de werkingsduur en de voorgenomen aanpassingen van de Subsidieregeling naar aanleiding van de evaluatie en ga ik in op de aanbevelingen.

#### Achtergrond

De Subsidieregeling is in 2017 ingesteld in het kader van de ondersteuning van de aanpak van personen met verward gedrag, met als doel

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

het wegnemen van de financiële drempel bij zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Wanneer zorgaanbieders zorg verlenen aan onverzekerden en de kosten niet kunnen verhalen dan kunnen ze een declaratie indienen bij het CAK voor zorg die is verleend overeenkomstig het Zvw-basispakket. Wanneer aan de voorwaarden van de Subsidieregeling wordt voldaan vergoedt het CAK de kosten.

Deze regeling is er om de zorg te financieren van dak- en thuisloze mensen, personen met verward gedrag, buitenlanders en arbeidsmigranten die onverzekerd zijn en de zorg zelf niet kunnen betalen. In 2020 zijn 12.460 mensen geholpen en ging het om 34,5 miljoen euro aan zorgkosten. Voor 2021 heeft het CAK een bedrag van ruim 44 miljoen euro geprognoseerd.

### Wijziging van de subsidieregeling

Mede naar aanleiding van de evaluatie heb ik de volgende wijzigingen in de Subsidieregeling opgenomen:

1. het recht op subsidie wordt losgekoppeld van het doen van een tijdige melding aan de GGD (artikel 3). De meldingstermijn wordt niet aangepast (binnen zeven dagen) maar in voorkomende gevallen kan het CAK verzuim van een tijdige melding bestuursrechtelijk herstellen. Daarmee heeft het CAK een discretionaire bevoegdheid om een termijnoverschrijding al dan niet te pardonneren (artikel 3);
2. er is expliciet bepaald dat het doorgeven van een burgerservicenummer indien dat aanwezig is, verplicht is (artikel 6);
3. een **verlenging van de regeling** tot 1 maart 2027 (artikel 9).
4. een aantal kleinere tekstuele wijzigingen om onduidelijkheden weg te nemen.

### Conclusies van de evaluatie

De belangrijkste conclusies van de evaluatie zijn:

- Het voornaamste doel van de Subsidieregeling, te weten het wegnemen van de financiële drempel bij zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden, is gerealiseerd. De drempel om zorg te verlenen is verlaagd doordat er zekerheid is over de financiering van de geleverde zorg.
- De Subsidieregeling voorziet in een behoefte: de toename van het gebruik, maar ook de regionale spreiding van dit gebruik, laten zien dat via de Subsidieregeling bepaalde doelgroepen (waaronder dak- en thuisloze mensen, personen met verward gedrag, buitenlanders (arbeidsmigranten en toeristen) en Nederlandse verzekeringsplichtigen) worden bereikt.
- De Subsidieregeling levert de gewenste resultaten op, geeft zorgaanbieders zekerheid van financiering van geleverde zorg en werkt drempelverlagend om zorg te verlenen.
- Er is geen goed zicht op de doelgroepen die zorg ontvangen die wordt gefinancierd vanuit de Subsidieregeling<sup>2</sup>. De Subsidieregeling staat open voor alle onverzekerden, zowel Nederlandse als buitenlandse dak- en thuisloze mensen en andere in Nederland rechtmatig verblijvende vreemdelingen.
- De forse groei van de Subsidieregeling is een gevolg van het open karakter ervan.

---

<sup>2</sup> Dit komt omdat het niet mogelijk is onderscheid te maken voor wat betreft de achtergrond van patiënten (personen met verward gedrag, dak- en/of thuisloze mensen), anders dan dat een patiënt al dan niet Nederlander is. Dit betekent dat alleen de nationaliteit zoveel als mogelijk wordt geregistreerd.

## Aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie

De onderzoekers hebben naar aanleiding van de genoemde conclusies tien aanbevelingen gedaan. Hieronder ga ik in op de aanbevelingen en geef ik aan welke aanbevelingen ik niet zal overnemen en waarom, en op welke wijze de aanbevelingen die ik zal overnemen zullen worden ingevuld.

Voor implementatie van de aanbevelingen genoemd onder B tot en met D en F tot en met I behoeft de Subsidieregeling niet te worden aangepast.

De aanbevelingen luiden:

*A. Licht de doelgroepen waarvoor de SOV wordt gebruikt als financiering voor verleende zorg nog eens goed door.*

### Onderscheid naar personen met verward gedrag en dak- en thuisloze mensen

Bij de totstandkoming van de Subsidieregeling is zorgvuldig bezien voor welke doelgroepen de zorg gewenst was. Het ging om doorgaans kwetsbare groepen mensen, waaronder personen met verward gedrag en dak- en thuisloze mensen.

Een sluitende juridische afbakening van een persoon met verward gedrag bleek niet mogelijk; ook de evaluatie wijst er op dat er alleen kenmerken beschreven zijn.

Beperking van de doelgroep tot dak- en thuisloze mensen is evenzeer juridisch kwetsbaar. Een deel van de dak- en thuisloze mensen vertoont verward gedrag, maar niet alle personen met verward gedrag zijn dakloos of thuisloos<sup>3</sup>.

Vooral in de uitvoering zal een nadere juridische duiding van deze groepen tot problemen leiden. Beoordeling en controle of aan de omschrijving van een persoon met verward gedrag of een dak- en thuisloze persoon wordt voldaan, is niet goed mogelijk en of er sprake is van een dergelijke situatie is voor zorgaanbieders ook niet feitelijk controleerbaar. Ook het CAK kan dit niet controleren, zodat een dergelijke afbakening weinig nut heeft, juridisch kwetsbaar is en bovendien onjuist declaratiegedrag in de hand werkt.

### Onderscheid naar nationaliteit

Bij de aanvang van de Subsidieregeling is bezien of het wenselijk of haalbaar is zorg aan niet-Nederlanders uit te sluiten van de Subsidieregeling. Discriminatie naar nationaliteit is in beginsel niet toegestaan. Het is geen absoluut verbod, maar volgens vaste rechtspraak is sprake van discriminatie als verschillende regels worden toegepast op vergelijkbare situaties of dezelfde regel wordt toegepast op verschillende situaties zonder dat daarvoor een rechtvaardiging kan worden gegeven. Nog afgezien van de vraag of deze rechtvaardiging voor de toepassing van de Subsidieregeling aanwezig is, blijkt uit de gegevens van het CAK dat zorg aan de vele niet-Nederlanders voor bijna de helft bestaat uit ggz-zorg, en aldus een indicatie is dat een deel van deze groep bestaat uit personen met verward gedrag. Daarnaast blijkt uit diverse signalen van onder andere Valente, Leger des Heils, Straatdokers Nederland en de CBS

<sup>3</sup> Een dakloze heeft geen vast woonadres, leeft op straat en kan niet bij familie of vrienden terecht. Iemand die geen eigen woonruimte heeft en tijdelijk of voor langere tijd in een instelling voor maatschappelijke opvang verblijft, is thuisloos.

Migrantenmonitor dat een deel van de buitenlanders bestaat uit dakloze arbeidsmigranten <sup>4</sup>.

Voor zover onderscheid naar nationaliteit juridisch haalbaar zou zijn, wordt met onderscheid naar nationaliteit de mogelijkheid van financiering van zorg voor een deel van de groep waarvoor de Subsidieregeling is bedoeld, teniet gedaan. Immers, uit de gegevens van het CAK blijkt dat ook een groot deel van de niet-Nederlanders gebruik maakt van GGZ-zorg en ook het aantal dak- en thuislozen bestaat voor een groot deel uit niet-Nederlanders, zodat om die reden ook onderscheid naar nationaliteit niet wenselijk is.

Ten slotte merk ik op dat ten aanzien van onverzekerde buitenlanders afkomstig uit een van de Lidstaten van de EU geprobeerd zal worden de kosten van de zorg te verhalen op het woonland.

Ik verwijs naar mijn reactie op de aanbeveling in onderdeel J.

### Verzekeringsplicht

Vanwege de juridische belemmeringen om naar kenmerken of nationaliteit van de onverzekerde groepen personen te onderscheiden, is van 2017 tot 2018 de Subsidieregeling beperkt tot zorg aan verzekeringsplichtige personen; aanvankelijk voor alle vormen van zorg, en van 2018 tot 2019 alleen voor niet-spoedeisende zorg. Verzekeringsplichtig zijn alleen ingezetenen van Nederland of personen die in het buitenland wonen en in Nederland werken. Dit betekent dat de meeste personen met een buitenlandse nationaliteit – uitzonderingen daargelaten – in de regel niet verzekeringsplichtig zijn.

In 2017–2018 bleek het vaststellen van de verzekeringsplicht op aanzienlijke problemen te stuiten: persoonsgegevens ontbraken, het burgerservicenummer ontbrak of er kon, als de identiteit kon worden vastgesteld, op basis van de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld dat betrokkene verzekeringsplichtig was. Om die reden kwam deze voorwaarde voor spoedeisende zorg in 2018 te vervallen. Vervolgens bleek dat in de periode 2018–2019 60% van de reguliere niet-spoedeisende ziekenhuiszorg en 44% van de reguliere niet spoedeisende GGZ-zorg werd afgewezen omdat de verzekeringsplicht niet kon worden vastgesteld. Daarom is deze voorwaarde met ingang van 2019 ook voor de niet-spoedeisende zorg komen te vervallen.

Hoewel de beperking van zorg aan alleen verzekeringsplichtigen een op zichzelf juridisch goed af te bakenen criterium is, bleek dit in de praktijk van de uitvoering de doelstelling van de Subsidieregeling ernstig aan te tasten.

Gelet op de bovenstaande overwegingen heeft het kritisch doornemen van de doelgroepen niet geleid tot aanpassing van de Subsidieregeling.

### *B. Regel dat het weigeren van zorgverlening aan onverzekerden kan worden gemeld.*

In de rapportage is de aanbeveling opgenomen te bezien of een melding dat zorg is geweigerd, kan worden gedaan via het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

---

<sup>4</sup> Het aandeel dakloze mensen met een niet-westerse migratieachtergrond nam toe van 36 procent in 2009 tot 50 procent in 2020. Dit betekent bijna een verdriedubbeling, van 6,5 duizend naar 18,3 duizend. Dakloze mensen met een westerse migratieachtergrond maken 10 procent uit van de totale groep. Dit is sinds 2009 stabiel. In de vier grote steden heeft 66 procent van de dakloze mensen een niet-westerse migratieachtergrond, en 10 procent een westerse migratieachtergrond. Bron: CBS Nieuws, 2019/34

Hierover is contact opgenomen met de IGJ. De IGJ heeft gemeld dat het mogelijk is contact op te nemen met het LMZ als een zorgaanbieder een behandeling weigert. Dit biedt dus nu al gelegenheid om een melding te doen wanneer zorg wordt geweigerd aan een onverzekerde. In de communicatie naar aanleiding van de evaluatie zal dit expliciet vermeld worden.

*C. Stimuleer lokale en regionale samenwerking omtrent de zorg aan onverzekerde kwetsbare groepen.*

Zoals in de rapportage is verwoord gaat achter het onverzekerd zijn vaak bredere sociale problematiek schuil die maakt dat er vaak een brede aanpak nodig is.

Het gebruik van de Subsidieregeling is een signaal van onderliggende sociale problematiek en vraagt bredere inzet vanuit de gemeenten voor wat betreft zorg en ondersteuning. Het toeleiden naar een zorgverzekering is daarbij een middel om een oplossing te bieden voor het zorgprobleem, maar daarnaast is het van belang dat ook de andere problemen van deze mensen worden verholpen.

In de rapportage is al gewezen op initiatieven voor een lokale aanpak waarbij zorgaanbieders, gemeenten en maatschappelijke organisaties effectief samenwerken bij het helpen van onverzekerde personen, met name in grootstedelijke regio's.

Als gevolg van de toenemende bekendheid van de regeling zie ik in het land samenwerkingen ontstaan tussen gemeenten, maatschappelijke organisaties en zorgorganisaties die kijken hoe ze in dit kader effectieve zorg kunnen leveren.

Ik zal samen met de VNG bezien hoe we dit meer kunnen stimuleren.

*D. Ga door met het zoveel wegnemen van administratieve drempels.*

Om in aanmerking te komen voor subsidie zijn er twee belangrijke administratieve verplichtingen:

- een zorgverlener dient binnen zeven dagen nadat zorg aan een onverzekerde persoon is verleend dit te melden bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg en daarbij persoonsgegevens te verstrekken.
- een zorgverlener dient bij het indienen van een declaratie bij het CAK het meldingsnummer te vermelden en persoons- en declaratiegegevens te verstrekken.

De gebruikte formulieren (online bij het Meldpunt) zijn vastgesteld door de Minister van VWS en gedurende de looptijd van de regeling verschillende keren aangepast om zo eenvoudig en laagdrempelig als mogelijk de noodzakelijke gegevens te verstrekken. Zo is het aantal formulieren teruggebracht naar één formulier, wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van «aankruisvakjes» en mogen zorgaanbieders de regulier door hun systemen aangemaakte nota's meesturen met het declaratieformulier. Het aantal administratieve verplichtingen is daarmee teruggebracht tot het minimum om de subsidie rechtmatig te kunnen uitkeren.

*E. Koppel het recht op subsidie formeel los van de tijdigheid van de melding.*

In het evaluatierapport zijn kritische opmerkingen gemaakt over problemen die samenhangen met het vereiste van een tijdige melding (binnen zeven dagen na het verlenen van zorg) als gevolg van de dbc-systematiek en het met terugwerkende kracht beëindigen van een zorgverzekering. Een niet-tijdige melding leidt op dit moment altijd tot afwijzing van een subsidieaanvraag. Het CAK heeft geconstateerd dat het huidige juridische kader van de Subsidieregeling niet aansluit op de

praktijk en de administratieve (zorg)wereld waaraan de zorgaanbieders gebonden zijn.  
In de genoemde situaties vergt dit veel extra werkzaamheden van zowel zorgaanbieders als het CAK.

De Subsidieregeling is op dit onderdeel aangepast, zodat een niet-tijdige melding die het gevolg is van de dbc-systematiek of het met terugwerkende kracht beëindigen van de verzekering niet automatisch leidt tot een afwijzing. Er dient nog steeds binnen 7 dagen gemeld te worden, maar het CAK kan in de genoemde gevallen de zorgaanbieder conform de Algemene wet bestuursrecht verzuimherstel bieden en alsnog de kosten vergoeden.

*F. Creëer bij het CAK een laagdrempelige digitale vorm van communicatie over declaraties.*

Het CAK onderkent de voordelen van een digitale indieningswijze, maar stelt voorop dat dit zorgvuldig ontwikkeld en uitgerold dient te worden. Zorgverleners kennen reeds een digitale indieningswijze richting zorgverzekeraars via Vecozo, het communicatiesysteem van de zorgverzekeraars. Een digitale indieningswijze richting het CAK moet niet onbedoeld tot onevenredige extra uitvoeringslasten leiden bij de zorgverlener of het CAK.

In de afgelopen twee jaren is door het CAK voor de interne verwerking geïnvesteerd in een digitaliseringsslag om lange doorlooptijden en foutgevoeligheid in de verwerking van declaraties te verminderen. Dit in ogenschouw nemende zijn er op dit moment twee sporen in beeld bij het CAK.

Het eerste spoor is een korte termijn oplossing (vanaf 1 maart 2022) en behelst een eenvoudige vorm van digitalisering waarbij de zorgverlener de huidige formulieren als pdf-bestand op digitale wijze naar het CAK zendt. De haalbaarheid hiervan en onder welke voorwaarden is in onderzoek bij het CAK.

Het tweede spoor – te realiseren op de langere termijn (over ten minste 2 jaren) – is een volwaardige berichtenuitwisseling via Vecozo. Hiermee zou de zorgverlener bij het CAK declareren overeenkomstig de wijze waarop bij de zorgverzekeraar wordt gedeclareerd.

De subsidieregeling kent echter enkele afwijkende (gegevens)elementen die nu niet door Vecozo ondersteund worden. Zo werkt Vecozo altijd met een gevalideerd burgerservicenummer (bsn) in de uitwisseling, terwijl binnen de subsidieregeling declareren zonder bsn mogelijk is. Ook het meldingsnummer binnen de subsidieregeling is een voor Vecozo onbekend element. Dit tweede spoor is in lijn met de standaardisatie via Vecozo op een andere taak van het CAK, namelijk het financieren van Wlz-instellingen. Uit dat traject blijkt echter duidelijk dat het CAK sterk afhankelijk is van Vecozo en diens prioriteitstelling.

*G. Bezie of wettelijke verankering van de regeling wenselijk is.*

Bij de totstandkoming van de subsidieregeling in 2017 is geadviseerd om in de toekomst de financiering van onverzekerde zorg wettelijk te borgen. Ruim voor de evaluatie is daarom bezien of een wettelijke grondslag wenselijk zou zijn, maar omdat op dat moment het gebruik van de regeling nog volop in ontwikkeling was, is geconcludeerd dat een wettelijke regeling te rigide zou zijn en inhoudelijke aanpassingen dan via een ruime bevoegdheid om bij ministeriële regeling onderdelen nader te regelen, noodzakelijk zou zijn.

Op het moment dat de regeling helemaal naar tevredenheid functioneert, ligt het in de rede om dit wettelijk te verankeren. Daarbij zal tevens de samenhang met de regeling voor financiering van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen betrokken worden.

#### *H. Communiqueer helder over de voorwaarden van de SOV.*

De introductie van de subsidieregeling en elke wijziging nadien is uitgebreid en actief gecommuniceerd met zorgaanbieders en koepels van zorgaanbieders. Daarnaast geeft het CAK op zijn website uitgebreide informatie over het gebruik van de regeling en voor wie de regeling bestemd is. Ook wijzigingen in de formulieren wordt aan gebruikers van de regeling en aan koepels van zorgaanbieders actief gecommuniceerd, laatstelijk nog per begin juli. Daarnaast is bij tussentijdse signalen, onduidelijkheid over de regeling en bij vragen van zorgaanbieders over het gebruik van de regeling tot op heden altijd adequaat en tijdig gereageerd. Daarin komt geen verandering.

De wijzigingen naar aanleiding van de evaluatie zullen actief worden gecommuniceerd. Gelet op de aanbeveling zal daarbij expliciet aandacht worden besteed aan de doelgroepen voor wie de subsidieregeling is bedoeld, de voorwaarden die gelden en de noodzaak om bepaalde gegevens te verstrekken.

#### *I. Stel een robuuste raming op voor de SOV*

De afgelopen jaren werd de raming van de uitgaven gekenmerkt door een grillig – zij het trendmatig stijgend – verloop. Dit heeft drie oorzaken: 1. de regeling is gedurende de looptijd twee keer aangepast teneinde beter aan het beleidsdoel te kunnen voldoen, 2. een autonome toename van het aantal personen aan wie medisch noodzakelijke zorg wordt verleend en 3. de mate waarin gedane meldingen leiden tot declaraties is slecht voorspelbaar.

De raming van VWS voor uitgaven op grond van de SOV is gebaseerd op prognoses van het CAK omtrent het – verwachte – gebruik van de regeling. Daarbij maakt het CAK gebruik van diverse indicatoren, zoals het aantal meldingen, het aantal declaraties en de hoogte van de declaraties, waarbij het CAK op basis van een langere tijdsperiode in het verleden maandelijks prognosticeert tot het einde van het jaar. Daarbij is de laatste jaren gebleken van sterk fluctuerende prognoses, met zowel bijstellingen naar boven als naar beneden. Zoals ook bij de regeling met betrekking tot de financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is gebleken, heeft het goed kunnen prognosticeren een aantal jaren nodig, totdat blijkt dat het gebruik enigszins stabiliseert.

Dit probleem doet zich ook voor bij de SOV, waarbij uit de evaluatie blijkt dat er aanwijzingen zijn dat gebruik van de regeling door grotere bekendheid nog zal toenemen (in welke mate is onbekend) en er bovendien sprake is van een niet voorspelbare autonome toename van het aantal onverzekerde personen aan wie medisch noodzakelijke zorg wordt verleend. Het spreekt voor zich dat ook de mate waarin mensen zorg behoeven niet is te voorspellen.

De huidige raming is zo goed als mogelijk is. De bovengenoemde factoren maken het voor zowel het CAK als voor VWS lastig een meer robuuste raming op te stellen.



### *J. Onderzoek de mogelijkheden om de uitgaven te beheersen.*

Zoals aan het slot van de evaluatie is vermeld bergen beheersmaatregelen om het gebruik van de subsidieregeling te temperen het risico in zich dat het primaire beleidsdoel van de subsidieregeling wordt aangetast. Dit primaire doel is het verstrekken van een financiële vergoeding voor verleende zorg aan onverzekerde personen, zodat wordt voorkomen dat medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde wordt onthouden. De mogelijkheden om het financiële open-einde karakter van de regeling te beheersen, zonder de essentie van de regeling aan te tasten, zijn dus beperkt.

Daarbij is al eerder vastgesteld dat bepaalde maatregelen juridisch kwetsbaar of niet toegestaan zijn. Deze omstandigheden leiden tot een beperkte mogelijkheid om beheersmaatregelen door te voeren. Belangrijk is dat iedereen die verzekeringsplichtig is en dus verzekerd kan en mag zijn, ook zoveel mogelijk daadwerkelijk verzekerd is.

In dit kader is het van belang te memoreren dat de regering in het verleden tijdens de parlementaire behandeling van de invoering van de financieringsregeling voor medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) het standpunt heeft ingenomen dat compensatie voor inkomstenderving van enige omvang bij zorgaanbieders als gevolg van het onbetaald verlenen van medisch noodzakelijke zorg een rijksoverheidsstaak is<sup>5</sup>. De doelgroep van deze financieringsregeling (opgenomen in artikel 122a van de Zvw) ziet op personen die niet rechtmatig in Nederland verblijven, terwijl de Subsidieregeling ziet op personen die wel rechtmatig in Nederland verblijven.

Beide regelingen zien dus op financiering van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen; alleen de groep van onverzekerde personen is een andere.

De financieringsregeling van artikel 122a Zvw verschilt op nog twee belangrijke onderdelen van de Subsidieregeling: op grond van de regeling van artikel 122a is ook vergoeding van kosten voor Wlz-zorg mogelijk en er behoeven geen tot de persoon herleidbare gegevens te worden verstrekt<sup>6</sup>.

Uit het gebruik van de Subsidieregeling blijkt dat een groeiend aandeel van de kosten voor medisch noodzakelijke zorg op grond van de SOV wordt uitgegeven aan niet-Nederlanders, waarbij ruim 40% van deze niet-Nederlanders onderdanen van EU-lidstaten betreft. Omdat alleen de nationaliteit wordt geregistreerd is niet bekend wat de achtergrond is van deze personen.

Uit casuïstiek blijkt het onder meer te gaan om (gewezen) arbeidsmigranten, studenten en mogelijk ook toeristen.

De oorzaken van het relatief grote aandeel niet-Nederlanders is divers:

- Bij visumplichtigen wordt door de Immigratie- en Naturalisatie Dienst niet gecontroleerd of iemand beschikt over een afdoende verzekering tegen ziektekosten. Voor zover mensen wel een verzekering tegen ziektekosten hebben, biedt die verzekering soms onvoldoende dekking of dekt bestaande medische aandoeningen niet, wanneer blijkt dat zij tijdens hun verblijf in Nederland medisch noodzakelijke zorg behoeven.

<sup>5</sup> Kamerstuk 31 249, nr. 3, p.11

<sup>6</sup> Kamerstuk 31 249, nr. 3, p.25. Alleen de initialen, het geslacht, de leeftijd en de nationaliteit van de personen aan wie zorg is verleend worden verstrekt. Dit voorkomt dat mensen medisch noodzakelijke zorg mijden uit angst dat hun persoonsgegevens bij de overheid bekend worden.



- Niet-visumplichtigen – zoals de onderdanen van de Europese lidstaten en van veel andere westerse landen – die hier langer dan drie maanden verblijven zijn daarna niet-rechtmatig verblijvend. Deze groep is normaal gesproken echter niet in beeld van de overheid en zolang dat zo is kunnen de kosten onder deze regeling vallen. Uitgangspunt van het Nederlandse beleid is dat vreemdelingen die niet in Nederland mogen blijven, zelf verantwoordelijk zijn voor hun vertrek.
- Onderdanen van EU-landen mogen op grond van de Richtlijn vrij verkeer van personen<sup>7</sup> de eerste drie maanden zonder voorwaarden in een andere lidstaat verblijven indien betrokkene beschikt over een verzekering die de ziektekosten in het gastland volledig dekt en hij over voldoende middelen van bestaan beschikt. Daarna is het, indien een persoon niet (meer) aan deze voorwaarden voldoet, mogelijk het verblijf te ontzeggen, maar totdat iemand een beroep op bijstand doet is hij meestal niet in beeld.

Met de open Nederlandse grenzen en de geschetste omstandigheden is het verklaarbaar dat het aandeel buitenlanders bij het gebruik van de Subsidieregeling toeneemt.

Hieronder geef ik aan welke beheersmaatregelen ik haalbaar acht met geen of een beperkt effect op het in de eerste alinea genoemde risico en welke beheersmaatregelen ik mede daarom niet haalbaar of zinvol acht.

*De inspanningsplicht van gemeenten om verzekeringsplichtige personen toe te leiden naar een zorgverzekering omzetten naar een resultaatverplichting.*

Zoals in de evaluatie is beschreven is tot op heden het toeleiden naar een zorgverzekering door gemeenten een moeizaam proces gebleken. Uit de cijfers die gemeenten en GGD'en ter beschikking hebben gesteld komt naar voren dat het bij circa 12% van de onverzekerde personen die gemeenten hebben benaderd alsnog is gelukt een zorgverzekering te sluiten. Dit zou naar mijn mening beter kunnen.

Ik zal daarom de gemeenten en GGD'en vragen om op basis van de gegevens over de omvang van de toegekende declaraties deze inspanningen te blijven verrichten. Daartoe heb ik het CAK verzocht een opgave te doen van de zorgkosten van onverzekerde (verzekeringsplichtige) Nederlanders – voor hen is het immers mogelijk een zorgverzekering te sluiten – per GGD-regio (aan de hand van de vestigingsplaats van de zorgaanbieder), zodat het ook mogelijk is deze inspanningen te concentreren in de regio's waarin deze inspanningen ook het meeste effect kunnen hebben.

Ik zal deze gegevens delen met de 43 centrumgemeenten en de 25 GGD-regio's en in diverse gremia aandacht blijven vragen voor het belang van deze inspanningen.

De inspanningen van gemeenten om onverzekerde Nederlanders te helpen een zorgverzekering te sluiten is immers een van de weinige beheersmogelijkheden die het doel van de regeling niet aantasten.

Ik neem deze aanbeveling over, met dien verstande dat ik geen mogelijkheden heb gemeenten tot deze inspanningen te verplichten.

<sup>7</sup> Richtlijn 2004/38/EG van het Europees Parlement en de Raad van 29 april 2004 betreffende het recht van vrij verkeer en verblijf op het grondgebied van de lidstaten voor de burgers van de Unie en hun familieleden, 02004L0038-16.06.2011-001.009

### *Declaraties van zorg aan EU-onderdanen verhalen op de wettelijke verzekering van het woonland.*

De regering vindt – aldus de kabinetsreactie op het tweede advies van het Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten<sup>8</sup> – «dat het, gelet op de coördinatieregels binnen de Europese Unie, zo min mogelijk moet kunnen gebeuren dat iemand niet (direct) verzekerd raakt in het herkomstland nadat de Nederlandse verzekering is geëindigd, met als gevolg dat iemand onverzekerd raakt. Immers, indien een ander land op grond van de EU-coördinatieregels het bevoegde land is waar het gaat om de sociale zekerheid en zorg, is het in beginsel niet gewenst om een Nederlands vangnet te maken om onverzekerde van onderdanen van andere lidstaten te ondervangen. Het kabinet wil daarom beter zicht krijgen op de feitelijke (administratieve) drempels die leiden tot het onverzekerd zijn van arbeidsmigranten tegen noodzakelijke ziektekosten. Deze problemen zullen worden geadresseerd op zowel Europees niveau als in de relatie tot de lidstaten waar arbeidsmigranten woonachtig zijn. De noodzaak van een Nederlandse vangnetregeling als de Subsidieregeling moet daarmee in de toekomst worden beperkt».

Ik neem deze maatregel over en zal de desbetreffende beleidsdirectie van VWS verzoeken deze (bilaterale) gesprekken aan te gaan. Voorwaarde voor het verhalen van kosten is dat voldoende persoonsgegevens bekend zijn en dat is niet altijd het geval. Voor het verstrekken van persoons- en declaratiegegevens voor dit doel is bovendien een wettelijke grondslag nodig die er nu niet is. Tegelijkertijd merk ik op, zo blijkt uit de pilot die het CAK begin 2020 heeft gedaan, dat het verhalen op de wettelijke verzekering van het woonland een moeizaam proces is, waarbij succes in een groot deel van de gevallen niet bij voorbaat vast staat.

### *De vergoeding van 100% aanpassen naar een lager percentage.*

Het beheersen van de uitgaven door aan zorgaanbieders een lager vergoedingspercentage te verstrekken heeft een aantal nadelen:

- Een reductie in de vergoedingsmogelijkheid kan leiden tot een beperking in het verstrekken van medische noodzakelijke zorg. Het niet verstrekken van zorg in een vroegtijdig stadium kan later leiden tot extra zorg en hogere kosten.
- Zorgaanbieders die de zorg wel blijven verlenen kunnen de resterende kosten van het verstrekken van medische zorg niet declareren. Dit druist in tegen de gedachte dat compensatie voor inkomstenderving van enige omvang bij zorgaanbieders als gevolg van het onbetaald verlenen van medisch noodzakelijke zorg een rijksoverheidsstaak is.

Daarnaast zal een dergelijke aanpassing in de kostenvergoeding tot veel onbegrip leiden bij zorgaanbieders: het beeld van een overheid die ten koste van kwetsbare groepen alleen maar naar de kosten kijkt en niet naar de maatschappelijke effecten. Gelet hierop handhaaf ik het huidige vergoedingspercentage.

### *Bepaalde zorg uitsluiten van vergoeding*

In de Subsidieregeling is al bepaald dat bepaalde vormen van zorg of diensten zijn uitgesloten van subsidie, zoals in-vitro fertilisatie, buikliposuctie, niet-medische circumcisie of hulp bij werk- en relatieproblemen. Verdere uitsluiting van andere vorm van zorg, zoals revalidatie of

---

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 861, nr. 55 – kabinetsreactie tweede advies Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten

wijkverpleging, draagt nauwelijks bij aan beheersing van de kosten, zodat ik een dergelijke uitsluiting niet zinvol acht.

*Een plafond aan de uitgaven stellen.*

Een uitgavenplafond betekent dat, wanneer het totaal van de te subsidiëren kosten een vooraf overeengekomen maximum bereikt, de kosten niet meer vergoed zullen worden onder de Subsidieregeling en dat, indien het totaal van de declaraties het uitgavenplafond overschrijdt, wordt vastgesteld welk algemeen toekenningspercentage zal worden gehanteerd om overschrijdingen te voorkomen.

Dit betekent uiteraard niet dat dan geen kosten meer worden gemaakt, net zomin als dat betekent dat er geen medisch noodzakelijke zorg meer wordt verstrekt, maar dat deze kosten neerdalen bij de zorgaanbieders, of, in het ergste geval, dat zorgaanbieders bij de afweging of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg, tevens een financiële afweging maken.

Het spreekt voor zich dat dit niet wenselijk is omdat daarmee het primaire doel van de Subsidieregeling wordt aangetast. Een belangrijk bijkomend uitvoeringseffect is dat pas achteraf kan worden vastgesteld of er sprake zal zijn van overschrijding en dat uitbetaling van de kosten pas ruim na afloop van een kalenderjaar kan plaatsvinden.

Ik vertrouw er op uw Kamer met het toezenden van de rapportage van de evaluatie inzicht te hebben verschaft over de werking van de Subsidieregeling en u voldoende te hebben geïnformeerd over de beoogde wijzigingen en verlenging van de «Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden».

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis