



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

*Rapportage*

# Evaluatie Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden



# Inhoudsopgave

<b>1.</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b>Inleiding</b>	<b>6</b>
	2.1 Achtergrond van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden	6
	2.2 Doel- en vraagstelling van het evaluatieonderzoek	6
	2.2.1 <i>Afbakening van de evaluatie</i>	7
	2.3 Methode en opzet van de evaluatie	7
<b>3.</b>	<b>Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden</b>	<b>8</b>
	3.1 Beschrijving van het beleidsprobleem	8
	3.2 Beschrijving van de regeling als oplossing voor dit probleem (beleidstheorie)	9
	3.3 Wettelijke kader	9
	3.4 Ontwikkeling van de regeling	10
	3.4.1 <i>De regeling van 1 maart 2017 tot 1 maart 2018</i>	10
	3.4.2 <i>De regeling van 1 maart 2018 tot 1 maart 2019</i>	10
	3.4.3 <i>De regeling van 1 maart 2019 tot heden</i>	11
	3.4.4 <i>Schematische weergave van de procedures</i>	13
<b>4.</b>	<b>Effecten van de regeling</b>	<b>14</b>
	4.1 Kwantitatief	14
	4.1.1 <i>Gebruikers</i>	14
	4.1.2 <i>Financieel</i>	17
	4.2 Kwalitatief	19
	4.2.1 <i>Financiële drempel</i>	19
	4.2.2 <i>Medische noodzakelijkheid</i>	21
	4.2.3 <i>Historisch gegroeide situaties</i>	21
	4.2.4 <i>Meldingsplicht</i>	22
	4.2.5 <i>Opvolging meldingen</i>	23
	4.2.6 <i>Doelgroep en toegankelijkheid</i>	24
	4.2.7 <i>Communicatie</i>	25
<b>5.</b>	<b>Doelmatigheid van de regeling</b>	<b>27</b>
	5.1 Uitvoering door het CAK	27
	5.2 Alternatieven om de beleidsdoelstelling te behalen	28
	5.3 Internationale vergelijking	29
<b>6.</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>30</b>
	6.1 Conclusies	30
	6.2 Aanbevelingen	31
Bijlage 1:	<b>Lijst met geïnterviewde personen</b>	<b>34</b>
Bijlage 2:	<b>Interviewleidraad evaluatie SOV</b>	<b>35</b>
Bijlage 3:	<b>Beschouwing onafhankelijke deskundige van Zorgvuldig Advies</b>	<b>37</b>
Bijlage 4:	<b>Integrale tekst van de Subsidieregeling 2017-2019</b>	<b>39</b>

# 1. Samenvatting

Wanneer een zorgaanbieder curatieve zorg verleent aan een onverzekerde persoon dan worden deze kosten niet door een zorgverzekeraar vergoed. De onverzekerde die zorg heeft gekregen dient zelf de rekening te betalen. Wanneer deze persoon niet beschikt over voldoende middelen dan moet de zorgaanbieder de kosten zelf dragen. Dit kan ertoe leiden dat onverzekerde personen niet de juiste zorg krijgen en/of (actief) toegang tot zorg wordt ontzegd. Deze problematiek werd in 2016 door het Aanjaagteam Verwarde Personen aangekaart.

Om deze drempel tot zorgverlening bij de zorgaanbieders weg te nemen is in 2017 de ‘Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden’ (hierna: SOV) in het leven geroepen. Wanneer zorgaanbieders zorg verlenen aan een onverzekerde en de kosten niet kunnen verhalen, kunnen ze voor deze kosten een declaratie indienen bij het CAK. Wanneer aan de voorwaarden van de subsidieregeling wordt voldaan vergoedt het CAK de kosten vanuit de SOV.

Deze subsidieregeling is geëvalueerd en deze rapportage presenteert de bevindingen van dit evaluatieonderzoek. Uit het onderzoek is gebleken dat het gebruik van de SOV in de afgelopen jaren sterk is toegenomen. De raming van de kosten is aanzienlijk naar boven bijgesteld.

Deze toename wordt hoofdzakelijk verklaard doordat gedurende de looptijd van de regeling de voorwaarde is vervallen dat de onverzekerde aan wie zorg is verleend ook verzekeringsplichtig moet zijn. Daarnaast is de bekendheid van de regeling in de afgelopen jaren toegenomen.

De belangrijkste groepen gebruikers van de regeling zijn dak- en thuislozen, (gewezen) EU-arbeidsmigranten en overige personen met een andere nationaliteit.

Over het algemeen zijn zorgaanbieders vanuit de verschillende disciplines (eerstelijnszorg, tweedelijnszorg, ggz) tevreden over het bestaan en de uitvoering van de SOV. Er zijn wel bepaalde verschillen waar te nemen. Ziekenhuizen en ggz-instellingen nemen circa 98% van de uitgaven van de SOV voor hun rekening. Zij kunnen de regeling gelet op de aantallen en de baten eenvoudig inbedden in hun administratieve proces. Voor eerstelijnszorgaanbieders, zoals huisartsen en apothekers, weegt het administratieve proces van de SOV soms niet op tegen de baten.

Daarnaast is er een bepaalde regionale spreiding in het gebruik van de regeling te constateren, die wordt verklaard door het aantal dak- en thuislozen of arbeidsmigranten in een bepaalde regio. Ook komt het voor dat bepaalde instellingen in een gebied relatief veel gebruik maken van de SOV als gevolg van historisch gegroeide situaties, bijvoorbeeld als ze van oudsher al veel zorg aan deze doelgroepen verlenen.

Aan het gebruik van de SOV is een meldingsplicht gekoppeld. Zorgaanbieders dienen bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg van GGD-GHOR Nederland (hierna: GGD-GHOR), te melden dat ze zorg hebben verleend aan een onverzekerde. Dit is ook een voorwaarde om subsidie te kunnen krijgen. De melding wordt doorgegeven aan de regionale GGD met als doel dat de GGD of gemeenten in de GGD-regio de onverzekerde personen waar mogelijk benaderen en helpen bij het toeleiden naar het sociaal domein, waaronder een zorgverzekering. In de praktijk blijkt dat zeer weerbarstig, mensen zijn niet vindbaar of willen zich niet bij een zorgverzekeraar inschrijven. Ook kampen de doelgroepen vaak met een bredere sociale problematiek. De behoefte aan medisch noodzakelijke zorg is hierbij vaak slechts een signaal van een breder probleem.

Over het algemeen zijn zorgaanbieders tevreden over de uitvoering van de regeling door het CAK.

Er is veel contact tussen aanbieders, het CAK en VWS over de uitvoering van de regeling. Dit heeft ertoe geleid dat de regeling gedurende de looptijd een aantal keer is aangepast om deze beter te laten werken. Een veel voorkomende blijvende klacht is dat declaraties per post moeten worden ingediend en ook op deze manier worden beantwoord. Er is een brede roep vanuit de zorgaanbieders om een (eenvoudig) digitaal proces in te richten.

Geconcludeerd kan worden dat de SOV in een behoefte voorziet. Zorgkosten die een onverzekerde niet zelf kan betalen worden vergoed, zodat zorgaanbieders zich geen zorgen hoeven te maken over de financiering van deze zorg. Het vervallen van de voorwaarde van de verzekeringsplicht heeft ertoe geleid dat steeds minder duidelijk is geworden aan welke personen zorg wordt verleend die wordt gefinancierd vanuit de SOV. Dit is onder andere goed te zien aan het aandeel 'nationaliteit onbekend' dat is toegenomen. Het is onduidelijk of de sterke groei van de uitgaven aan de SOV zal stagneren of zal doorzetten.

Het is niet vast te stellen of er sinds het bestaan van de SOV minder zorg aan onverzekerden is geweigerd. Op basis van de interviews kan wel worden gesteld dat de financiële drempel voor het verlenen van met name medisch noodzakelijke vervolgzorg is verlaagd.

De SOV behaalt de beleidsdoelstelling in die zin dat zorgaanbieders geen drempel meer hoeven te ervaren om medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden te verlenen. Tijdens interviews is echter wel aangegeven dat een aarzeling soms toch nog bestaat. Meer bekendheid geven aan de werking van de SOV en de (beperkte) eisen die worden gesteld kan helpen om deze aarzeling verder te verkleinen.

## 2. Inleiding

### 2.1 Achtergrond van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (hierna: SOV) voorziet sinds 1 maart 2017 in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten mislopen als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen. Wanneer personen onverzekerd zijn kunnen de door zorgaanbieders gemaakte zorgkosten namelijk niet worden gedeclareerd bij een zorgverzekeraar. De minister kan op grond van deze regeling subsidie verstrekken aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een persoon, niet zijnde een vreemdeling als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet (Zvw), die niet verzekerd is of waarvan de verzekering niet is vast te stellen.

De SOV was onderdeel van het plan van aanpak voor personen met verward gedrag waarover het kabinet op 2 mei 2016 een brief aan de Tweede Kamer heeft gezonden<sup>1</sup> en is nadien twee keer gewijzigd.

De SOV is nu geëvalueerd conform Artikel 4:24 van de Algemene wet bestuursrecht en artikel 4.20, tweede lid, onder f, van de Comptabiliteitswet, waarin is bepaald dat over een subsidie die op een wettelijke bepaling berust ten minste eenmaal in de vijf jaar een verslag gepubliceerd wordt over de doeltreffendheid en de effecten van de subsidie in de praktijk. Deze evaluatie geeft uitvoering aan deze bepalingen en dient als basis voor de besluitvorming over het al dan niet voortzetten van de SOV.

### 2.2 Doel- en vraagstelling van het evaluatieonderzoek

Het doel van de evaluatie is om inzicht te krijgen in de doeltreffendheid en doelmatigheid van de SOV en om inzicht te krijgen in hoe het beleid tot stand is gekomen. De volgende hoofdvraag staat daarom centraal:

“Wat is het maatschappelijk effect van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden en voldoet dit aan de beleidsdoelstelling?”

De hoofdvraag valt uiteen in verschillende deelvragen. Deze zijn op basis van de regeling periodiek evaluatieonderzoek geformuleerd.

1. Wat is het beleidsprobleem waar de subsidieregeling een oplossing voor is en hoe ziet dit er in de praktijk uit?
2. Wat is de beleidstheorie die ten grondslag ligt aan de subsidieregeling en welke rol heeft deze in de beleidsvorming?
3. Welke bijdrage heeft de subsidieregeling geleverd aan het oplossen van het beleidsprobleem? En is daarbij de subsidieregeling doeltreffend?
  - a. Kwantitatief: beschrijving en analyse van aantallen subsidies en ontwikkeling van de regeling.
  - b. Kwalitatief: Hoe is de regeling door betrokken partijen ervaren?
4. Is de subsidieregeling doelmatig of zijn er alternatieven?
  - c. Is de uitvoering doelmatig en wat is de rol van het CAK hierin?
  - d. Is het subsidie instrument passend? Zijn er alternatieven om de doelstelling te behalen?

---

<sup>1</sup> Kamerstukken 25.424, nr. 312 - Reactie tussenrapportage aanjaagteam verwarde personen

### 2.2.1 Afbakening van de evaluatie

In de SOV is een meldingsplicht bij de GGD opgenomen. Door deze melding kunnen gemeenten een vervolghulptraject inzetten en de onverzekerde persoon toeleiden naar een zorgverzekering.

In de toelichting bij de SOV is vermeld dat dit vervolghulptraject geen onderdeel is van de regeling.

Het zetten van vervolgstappen door gemeenten is geen voorwaarde voor het verstrekken van subsidie aan de zorgaanbieder en kan evenmin via de SOV worden afgedwongen.

Het gemeentelijke beleid voor het toeleiden van onverzekerden naar een zorgverzekering is daarom geen integraal onderdeel van deze evaluatie en wordt verder niet uitgebreid besproken. Wel wordt in paragraaf 4.2.5 voor de volledigheid op hoofdlijnen ingegaan op opvolging van de meldingen.

## 2.3 Methode en opzet van de evaluatie

Het evaluatieonderzoek valt uiteen in de volgende onderdelen:

### 1. Bureauonderzoek

Aan de hand van openbare stukken en beleidsvormende documentatie is geanalyseerd hoe het beleid tot stand is gekomen en hoe daarover is gecommuniceerd. Daarnaast zijn reeds beschikbare onderzoeken en artikelen geraadpleegd om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

### 2. Kwantitatieve analyse

Op basis van de beschikbare data over de subsidieregeling is onder andere onderzocht hoe de regeling zich heeft ontwikkeld en hoe vaak er gebruik van is gemaakt.

### 3. Interviews

Er zijn diverse interviews afgelegd met betrokkenen om een beeld te vormen over hoe de subsidieregeling wordt ervaren.

De onderzoeksopzet en de resultaten zijn besproken in een klankbordgroep die vier keer (digitaal) bij elkaar is gekomen. De klankbordgroep bestond uit de volgende leden:

Piet de Bekker	(onafhankelijk deskundige, Zorgvuldig Advies)
Erik van den Berg	(VWS, directie Zorgverzekeringen)
Bram van der Kroon	(VWS, directie Curatieve Zorg)
Rémi Langenberg	(CAK)
Steven Oppenheim	(VWS, directie Zorgverzekeringen)
Louise Oude Elferink	(stagiare VWS, directie Zorgverzekeringen)
Maarten Schallenberg	(VWS, directie Maatschappelijke Ondersteuning)
Hans Venderbos	(VWS, directie Financieel Economische Zaken)
Marloes Vernooijs	(Financiën, Inspectie der Rijksfinanciën)
Leon de Wit	(VWS, Flex Beleid, voorzitter)

# 3. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden

## 3.1 Beschrijving van het beleidsprobleem

De SOV is tot stand gekomen naar aanleiding van zorgen en signalen over ernstige knelpunten in de zorg voor personen met verward gedrag. In de aanpak voor personen met verward gedrag is het vormen van een sluitende keten van verzekerde zorg ook één van de hoofdelementen, zo concludeerde het Aanjaagteam verwarde personen<sup>2</sup>. Een deel van de problematiek -aldus het Aanjaagteam- kwam voort uit het feit dat mensen in deze groep vaak onverzekerd zijn en daarom niet de juiste zorg kregen en/of (actief) toegang tot zorg werd ontzegd.

Deze onverzekerdenproblematiek leidde bij de zorgaanbieder tot problemen, waardoor de onverzekerde persoon 'geweigerd' kon worden in niet-acute situaties, of kon ertoe leiden dat zorg niet vergoed wordt, zowel bij het verlenen van acute zorg in geval van situaties op straat, als bij de vervolgzorg daarna. De SOV is primair gericht op deze acute zorg en eventuele noodzakelijke medische vervolgbehandeling.

In de praktijk komt het voor -zo staat in de kabinetsreactie van 2 mei 2016- dat onverzekerden ernstig gewond raken en acute zorg nodig hebben. Deze zorg wordt in Nederland aan iedereen, verzekerd of onverzekerd, verleend. Onverzekerden kregen na deze acute behandeling geen vervolgbehandeling. Dat kon schrijnende situaties tot gevolg hebben. Toegang tot de zorg en continuïteit van zorg zijn echter essentieel -aldus de kabinetsreactie- en het hebben van een zorgverzekering is daarvoor een noodzakelijke randvoorwaarde.

Onverzekerden -zo vermeldt ook de toelichting bij de regeling uit 2017- kan een belemmering vormen om medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Wanneer de zorg wel wordt verleend aan een onverzekerde worden deze kosten niet vergoed en komen de kosten van de zorg voor rekening van de zorgaanbieder zelf, omdat de onverzekerde meestal geen eigen financiële middelen heeft om de zorgkostenfactuur te betalen.

Bij tweedelijnszorg (ziekenhuizen en ggz-instellingen) gaat het om aanzienlijke bedragen.

Daarnaast kwam het voor dat een vergoeding van derden werd ontvangen (bijvoorbeeld giften of gemeentelijke subsidies). Om financiële belemmeringen voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg weg te nemen, is toentertijd besloten een financieringsmogelijkheid te creëren voor verleende zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtige personen, in de vorm van een (tijdelijke) subsidieregeling.

---

<sup>2</sup> [Tussenrapportage Aanjaagteam Verwarde Personen, januari 2016, Samen Doorpakken, Op weg naar een persoonsgerichte aanpak voor mensen met verward gedrag.](#)



## 3.2 Beschrijving van de regeling als oplossing voor dit probleem (beleidstheorie)

De SOV is erop gericht om de hierboven genoemde onzekerheid bij zorgaanbieders over de financiering van de verleende zorg aan een onverzekerde weg te nemen en een bijdrage te leveren aan een sluitende keten van zorg. Tot invoering van de SOV is besloten -zo blijkt ook uit de toelichting bij de SOV- om een financieringsmogelijkheid te creëren voor verleende zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtige personen<sup>3</sup>. Vanuit juridisch perspectief is de subsidieregeling bedoeld als een financieringsinstrument om te voorkomen dat personen medisch noodzakelijke zorg wordt onthouden. Dat neemt niet weg dat bij de invoering van de SOV de initiële gedachte was dat onverzekerde personen uit de doelgroep van personen met verward gedrag en dak- en thuislozen, door inspanningen van gemeenten opgespoord zouden worden om ze alsnog te kunnen verzekeren, zodat een volgende keer de zorg betaald zou kunnen worden uit de zorgverzekering. Om dit te realiseren werd een meldingsplicht voor de zorgaanbieder opgenomen.

Op grond van de SOV kunnen zorgaanbieders -zo vervolgt de toelichting- uitsluitend in aanmerking komen voor vergoeding van subsidie indien zij bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg hebben gemeld dat er zorg is verleend. Deze meldingsplicht is opgenomen om het risico van oneigenlijk gebruik van de subsidieregeling te verkleinen. De melding maakt controle mogelijk en maakt inzichtelijk en controleerbaar of en welke zorg verleend is.

Een ander belangrijk aspect van de melding is dat hierdoor de mogelijkheid gecreëerd wordt een vervolgtraject in te zetten. Door de melding aan de GGD kan een gemeente door de GGD worden geïnformeerd dat aan een onverzekerde persoon zorg is verleend. Gemeenten hebben vervolgens een rol in de toeleiding naar een zorgverzekering. Het is de bedoeling dat de gemeente op basis van deze melding stappen zet om de onverzekerde personen te helpen zich te verzekeren, zo nodig in samenwerking met maatschappelijke organisaties die in hun dagelijks werk reeds bemoeienis hebben met deze mensen. Van de gemeenten wordt verwacht dat zij in contacten met hun burgers navraag doen naar de status van hun zorgverzekering. Als ze ingezetene zijn en er is sprake van onverzekerde, dan zal de gemeente proberen de onverzekerde actief te bewegen tot het afsluiten van een zorgverzekering.

## 3.3 Wettelijke kader

De SOV is gebaseerd op artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies. Toepassing van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (Kaderregeling) is in de SOV expliciet uitgesloten, omdat het merendeel van de standaardbepalingen uit de Kaderregeling moeilijk hanteerbaar is bij de subsidieverstrekking op basis van de SOV. Zo verloopt subsidiëring op declaratiebasis en de subsidieverstrekking geschiedt na afloop van de subsidiabele activiteiten (de zorgverlening). De subsidie kan daardoor zonder voorafgaande verlening direct worden vastgesteld. Het doorsnee subsidieproces van aanvraag, verlening, bevoorschotting en vaststelling past hier niet bij. Ook is het gewenst andere aanvraagtermijnen te hanteren. De SOV wijkt ook af van artikel 10.1 van de Kaderregeling die verstrekking van subsidies van minder dan € 125.000 uitsluit.

---

<sup>3</sup> Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 februari 2017, kenmerk 997477-153689-Z, houdende regels voor de subsidieverstrekking aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden) (Stcrt. 2017, 10332)

## 3.4 Ontwikkeling van de regeling

### 3.4.1 De regeling van 1 maart 2017 tot 1 maart 2018<sup>3</sup>

De SOV is in werking getreden op 1 maart 2017.

De belangrijkste toen geldende voorwaarden waren:

- De doelgroep is beperkt tot onverzekerde verzekeringsplichtige<sup>4</sup> personen.
- Een melding moet binnen 24 uur worden gedaan.
- Voor het verstrekken van persoonsgegevens (naam, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en burgerservicenummer) gecombineerd met medische gegevens is toestemming van de onverzekerde vereist.
- De declaratie moet binnen drie maanden na het kwartaal waarin de zorg is verleend of nadat een dbc is afgesloten, worden ingediend.

De achterliggende gedachte om de doelgroep te beperken tot personen die vallen onder de verzekeringsplicht was dat de problematiek van personen met verward gedrag en dak- en thuislozen vooral mensen zou betreffen die in Nederland wonen (en dus verzekeringsplichtig zijn) maar zich om uiteenlopende redenen niet hebben verzekerd.

Het bleek juridisch niet mogelijk de groep in te perken naar nationaliteit of een passende juridische definitie te vinden voor personen met verward gedrag. Om een aanzuigende werking van de SOV op niet-Nederlanders te voorkomen is daarom besloten de doelgroep te beperken tot onverzekerde verzekeringsplichtigen.

Er werd gekozen voor een melding binnen een periode van 24 uur, omdat de toenmalige bewindspersoon het belangrijk vond dat een gemeente snel na de melding zou acteren en een onverzekerde persoon zou helpen zich te verzekeren.

### 3.4.2 De regeling van 1 maart 2018 tot 1 maart 2019<sup>5</sup>

Op 1 maart 2018 is een aantal wijzigingen in de SOV doorgevoerd.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de vorige regeling waren:

- Voor alle spoedeisende zorg (SEH, acute GGZ in een crisissituatie, ambulancevervoer of farmaceutische zorg) vervalt de eis van verzekeringsplicht.
- De meldingstermijn wordt verlengd naar 7 kalenderdagen.
- Bij ontbreken van toestemming worden tenminste leeftijd of geboortjaar, initialen, nationaliteit en geslacht vermeld.
- Voor vervolgzorg aan dezelfde persoon wordt de geldigheidsduur van een meldingsnummer verlengd naar 30 dagen.

In de regeling is dit als volgt toegelicht:

Het gevolg van de keuze om de doelgroep te beperken tot onverzekerde verzekeringsplichtigen is geweest dat voor het beoordelen van de verzekeringsplicht persoonsgegevens verstrekt moesten worden. In combinatie met medische gegevens mogen persoonsgegevens alleen verstrekt worden als de patiënt toestemming geeft deze gegevens te verstrekken. Als deze gegevens niet worden verstrekt kan de identiteit van de patiënt niet worden vastgesteld en daarmee evenmin de verzekeringsplicht. Veel ziekenhuizen, GGZ-Nederland en een aantal ggz-instellingen signaleerden dat het verkrijgen van toestemming van de patiënt om persoonsgegevens te verstrekken zeer tijdrovend was en veel beslag legde op de zorgaanbieder of de administratie en dat een groot deel van de patiënten binnen de doelgroep van onverzekerde en verwarde personen om uiteenlopende redenen geen toestemming gaf om zijn of haar persoonsgegevens te verstrekken. Een aantal ziekenhuizen heeft destijds ook aangegeven dat mede om deze reden voor spoedeisende hulp werd afgezien van het aanvragen van subsidie voor spoedeisende hulp. Als er wel gegevens waren, bleek het vaak niet mogelijk om de verzekeringsplicht vast te stellen. Als dat niet kon werd de subsidieaanvraag afgewezen. Er werd hierdoor te weinig gebruik gemaakt van de regeling en dat leidde tot een onwenselijke onderbenutting van de regeling.

4 Iemand is verzekeringsplichtig als hij in Nederland woont of indien hij, wonende in het buitenland, in Nederland arbeid verricht.

5 Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 19 december 2017, kenmerk 1248392-169678-Z, houdende wijziging van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met diverse aanpassingen (Stcrt. 2018, 7636)

Omdat het nog steeds noodzakelijk werd gevonden om aanzuigende werking ten laste van de SOV tegen te gaan, werd de wijziging beperkt tot de zorgvormen waarbij het verstrekken van persoonsgegevens in de praktijk de meeste problemen gaf en de financiële belemmering om zorg te verlenen reëel aanwezig was.

Met name bij spoedeisende zorg, (SEH, crisis-ggz, ambulancediensten en farmaceutische zorg) bleek de gestelde termijn voor de melding bij de GGD niet werkbaar. De melding wordt in de regel gedaan door verpleegkundigen of administratieve ondersteuning en niet door de zorgaanbieder zelf.

De administratieve verwerking kost tijd en in de weekeinden is deze termijn in geen geval haalbaar. De termijn van zeven (kalender)dagen werd door vrijwel alle geraadpleegde zorgaanbieders haalbaar geacht.

Uitgangspunt van de SOV is dat elke zorghandeling afzonderlijk moet worden gemeld. Bij de totstandkoming van de SOV is ervan afgezien om 'vervolg zorg' of 'samenhangende zorg' te omschrijven vanwege bezwaren om dit juridisch goed te kunnen duiden. Deze keuze heeft geleid tot een veelvoud aan meldingen voor verleende zorg aan dezelfde persoon en tot relatief veel administratieve lasten. Om deze reden is de mogelijkheid opgenomen dat kan worden volstaan met een enkele melding indien aan dezelfde persoon binnen een tijdsbestek van één maand medisch noodzakelijke zorg wordt verleend. Wel dient de zorgaanbieder bij de subsidieaanvraag voor de verleende vervolgzorg het meldingsnummer van de initiële melding (eerste zorghandeling) te vermelden, zodat controleerbaar is dat de latere zorgdeclaraties zijn gekoppeld aan de eerste melding. De wijziging maakt mogelijk dat voor vervolgzorg of samenhangende zorg gegeven in bijvoorbeeld een ziekenhuis door een andere specialist niet een afzonderlijke melding hoeft te worden gedaan. Ook kan een andere zorgverlener bij de declaratie gebruik maken van het meldingsnummer van de eerder verleende zorg door bijvoorbeeld een straatdokter.

### 3.4.3 De regeling van 1 maart 2019 tot heden<sup>6</sup>

Op 1 maart 2019 zijn nogmaals wijzigingen in de regeling doorgevoerd.

De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de oude regeling waren:

- Ook voor niet-spoedeisende zorg kan een zorgaanbieder subsidie krijgen als de onverzekerde niet-verzekeringplichtig is, met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018.
- Voor onverzekerbare vreemdelingen en illegalen wordt expliciet opgenomen dat de SOV niet voor deze groep bedoeld is, met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018.
- Voor verzekerden die met terugwerkende kracht onverzekerd raken, wordt een uitzondering gemaakt voor de tijdigheid van de melding, met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018.
- De declaratietermijn wordt verlengd van drie naar twaalf maanden.
- In de regeling wordt expliciet opgenomen dat het burgerservicenummer niet onderhevig is aan het toestemmingsvereiste, met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018.

In de regeling is dit als volgt toegelicht:

De Nederlandse Straatdokers Groep heeft in een brief van 22 oktober 2018 gevraagd om een heroverweging van de SOV omdat de regeling in de praktijk niet goed bleek te werken.

Juist van de groep waarvoor de regeling primair bedoeld is blijkt de verzekeringsplicht zeer moeilijk vast te stellen, hoewel het algemene beeld is dat dit meestal personen zijn die in Nederland wonen of verblijven. Het beeld van een aanzuigende werking ligt bij de doelgroep van personen aan wie zorg wordt gegeven niet voor de hand. Het gaat in merendeel om dak- en thuislozen en personen met verward gedrag. Een groot deel van deze groep komt via straatdokers bij zorgverleners terecht, of omdat een persoon door interventie van politie of andere zorgverleners via spoedeisende ziekenhuiszorg of crisiszorg in beeld komt. Voor het verlenen van niet-spoedeisende zorg is er daardoor in de praktijk nog steeds sprake van een financiële belemmering. Om deze reden is besloten de voorwaarde van verzekeringsplicht ook voor niet-spoedeisende zorg te laten vervallen.

---

<sup>6</sup> Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 februari 2019, kenmerk 1469580-186160-Z, houdende wijziging van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met het vervallen van de verzekeringsplicht en enkele andere wijzigingen (Stcrt. 2019, 9630)

Omdat de verzekeringplicht als voorwaarde voor het gebruik van de SOV integraal komt te vervallen, is het noodzakelijk een expliciete uitzondering te maken voor de groep onverzekerden die valt onder de werking van artikel 122a van de Zvw, te weten de onverzekerbare vreemdelingen en niet-rechtmatig verblijvende personen. Voor zorg aan deze groep bestaat immers al een afzonderlijke wettelijke financieringsregeling.

Omdat vergoeding van zorg aan een verzekerde persoon is uitgesloten, controleren zorgaanbieders of een persoon verzekerd is. Zij doen daarvoor een controle in het verzekerdersysteem van de zorgverzekeraars (controle op verzekeringsrecht). Indien de zorgaanbieder vaststelt dat een persoon aan wie zorg is verleend, verzekerd is ingevolge de Zvw, zal hij geen melding doen bij de GGD.

In de praktijk komt het voor dat zorgverzekeraars de ingangs- of einddatum van de zorgverzekering van een persoon met terugwerkende kracht aanpassen. Dit kan ertoe leiden dat een persoon als verzekerd geregistreerd staat op de dag dat de zorg wordt verleend. Er is voor de zorgaanbieder dan geen aanleiding om een melding te doen en om gebruik te maken van de SOV. Als vervolgens de verzekering met terugwerkende kracht wordt beëindigd en de persoon in feite niet meer verzekerd was op het moment dat de zorg werd verleend, is de zorgaanbieder te laat met het doen van een melding en kan daardoor geen gebruik maken van de SOV. Omdat dit niet wenselijk was is geregeld dat de vereiste melding bij de GGD verondersteld wordt tijdig te zijn gedaan, indien uit de administratie van het CAK of uit de administratie van de zorgverlener blijkt dat een persoon op de dag dat de zorg werd verleend verzekerd was.

De termijn waarbinnen de zorgaanbieder een declaratie kan indienen is verlengd van drie maanden naar twaalf maanden. De verlenging van de termijn voorziet er in rekening te houden met inspanningen van de zorgaanbieder om te trachten de kosten te verhalen, zodat een declaratie niet wordt afgewezen omdat deze te laat is ingediend. De termijn van twaalf maanden sluit aan bij het door het CAK gebruikte administratieve systeem.

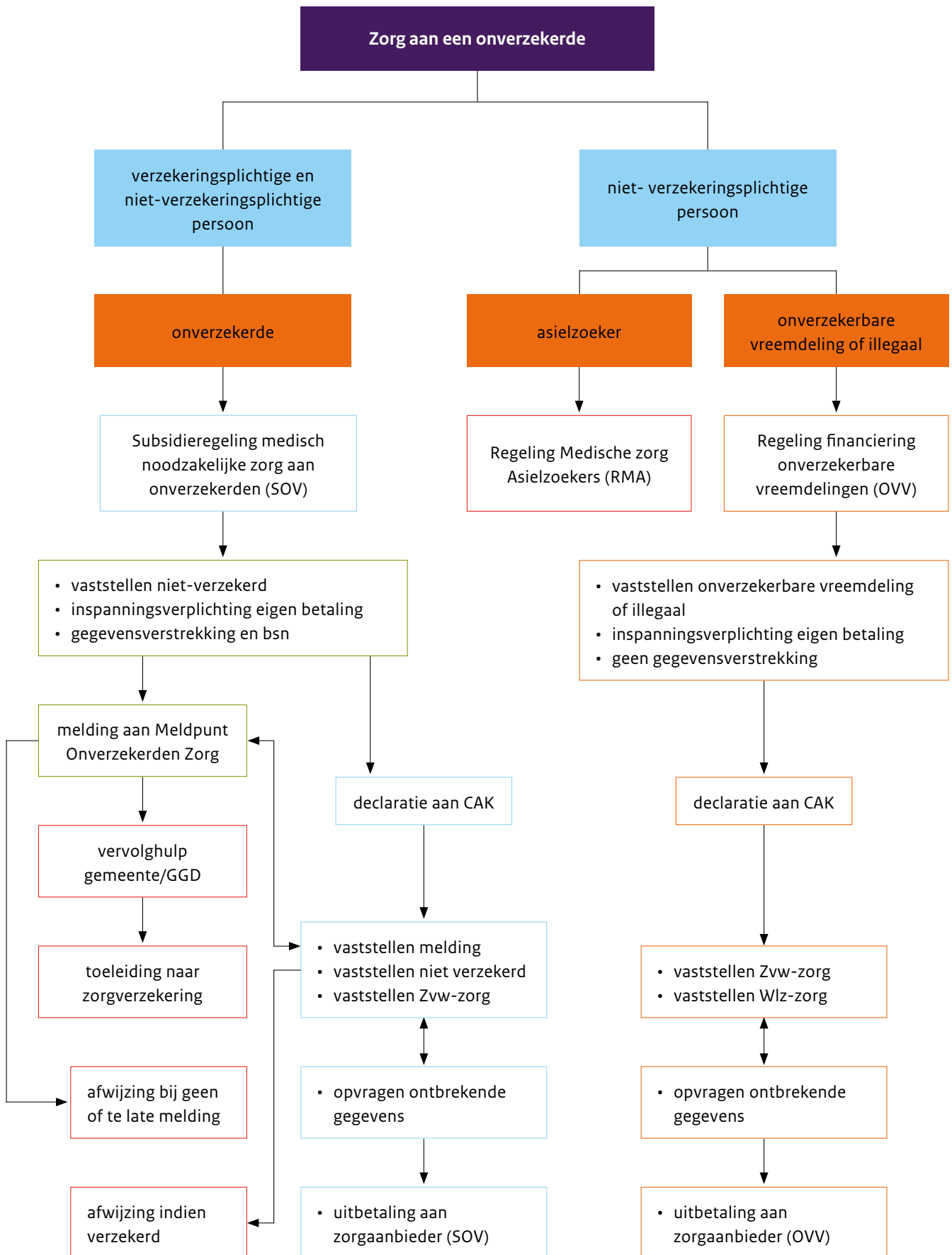
Achterliggende reden van deze aanpassing is dat zorgaanbieders geen gebruik kunnen maken van de subsidieregeling als betrokkene zelf de kosten van de zorg kan betalen. Zorgaanbieders zijn niet gehouden -en ook niet bij machte- om dit te controleren. Dit betreft derhalve een inspanningsverplichting, die in beginsel kan worden vervuld door aan de patiënt te vragen of hij kan betalen. Evenwel komt ook voor -met name bij de tweedelijnszorg- dat de rekening aan de patiënt wordt meegegeven. De zorgaanbieder stuurt dan veelal ook een betalingsherinnering. In die situatie kan de termijn om binnen drie maanden te declareren, te kort blijken.

Het gebruik van het burgerservicenummer (bsn) is voorgeschreven in de gehele zorg en mag alleen als er een wettelijke grondslag voor dit gebruik bestaat. Het verbod om het bsn te gebruiken zonder wettelijke grondslag kan niet worden doorbroken door aan patiënten toestemming te vragen voor het gebruik van hun bsn. Hieruit volgt dat toestemming niet bepalend is voor het gebruik van het bsn. Om dit expliciet te duiden is het verstrekken van het bsn in de SOV afzonderlijk geregeld en niet onderhevig aan het toestemmingsvereiste voor het verstrekken van persoonsgegevens.

Het CAK controleert aan de hand van het bsn of de betrokken persoon verzekerd is. Om dit te kunnen controleren is het CAK afhankelijk van de beschikbaarheid van het bsn. Bij het tot stand komen van de subsidieregeling in 2017 is rekening gehouden met de noodzakelijke wettelijke grondslag voor het verstrekken ervan. Het gebruik van het bsn door het CAK is sinds 1 juli 2019 geregeld in artikel 9, tweede lid van de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg. Indien het bsn bekend is, moet dit bij de melding (en bij de declaratie) verstrekt worden.

In de uitvoeringspraktijk werd vooruitlopend op deze wetswijziging het bsn al verstrekt.

### 3.4.4 Schematische weergave van de procedures



## 4. Effecten van de regeling

### 4.1 Kwantitatief

#### 4.1.1 Gebruikers

De doelgroepen van de SOV waren bij aanvang van de regeling kwetsbare groepen mensen, waaronder personen met verward gedrag en dak- en thuislozen die verzekeringsplichtig zijn.

De SOV maakte daarom ook deel uit van het plan van aanpak voor personen met verward gedrag waarover het kabinet op 2 mei 2016 de eerder vermelde brief aan de Tweede Kamer heeft gezonden.

In deze brief is geconstateerd dat het feit dat een deel van deze kwetsbare groep mensen onverzekerd is problemen oplevert voor de toegang tot de zorg. Mensen zijn onverzekerd omdat ze zich niet willen verzekeren of zich niet mogen verzekeren, uit onbekendheid, omdat ze het vergeten zijn of omdat ze het niet begrijpen en niet of onvoldoende in staat zijn zelf de stappen te zetten die nodig zijn om een zorgverzekering af te sluiten.

De beschikbare gegevens bieden geen inzicht in het exacte gebruik van de regeling door de groep personen met verward gedrag en/of dak- en thuislozen; de groep is niet eenduidig af te bakenen en dit wordt daarom ook niet geregistreerd. Wel is er inzicht in de nationaliteit van de gebruikers.

In onderstaande figuren is het gebruik van de SOV over de jaren 2017 tot en met 2020 naar nationaliteit weergegeven. De gebruikers zijn opgedeeld in drie groepen: Nederlanders, EU-burgers en personen uit overige landen. Daarnaast is er een categorie waarvan het land van herkomst onbekend is.

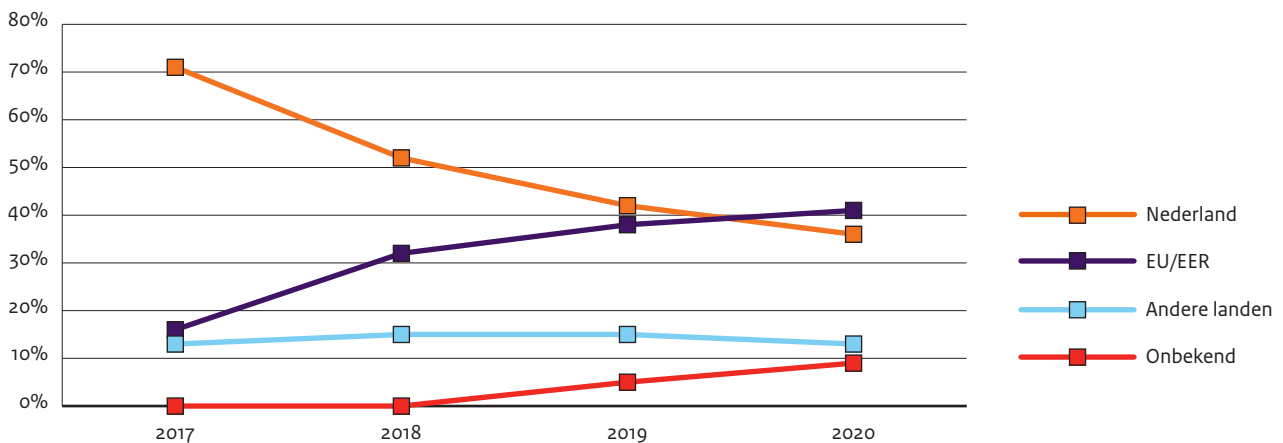
Onderstaande tabel 1 geeft de absolute ontwikkeling van het aantal declaraties per doelgroep weer.

Ontwikkeling aantal declaraties (personen) per groep				
	2017	2018	2019	2020
Nederland	117	1.076	2.581	4.492
EU/EER	26	662	2.367	5.124
Andere landen	21	312	956	1.664
Onbekend			300	1.180
<b>Totaal</b>	<b>164</b>	<b>2.050</b>	<b>6.204</b>	<b>12.460</b>

Tabel 1 Ontwikkeling aantal declaraties naar doelgroep (absoluut) Bron: CAK

De tabel laat zien dat het aantal declaraties bij alle doelgroepen is toegenomen. Daarnaast valt op dat er vanaf 2019 er een groep is bijgekomen waarvan de nationaliteit onbekend is. Dit wordt veroorzaakt doordat zorgaanbieders dit bij de melding niet voldoende registreren.

Deze groep neemt in omvang toe en bedraagt bijna 10%, zoals de onderstaande figuur 1 laat zien, waarbij het procentuele aandeel van de doelgroepen over de jaren heen wordt weergegeven.



Figuur 1 Ontwikkeling relatieve aandeel declaraties naar doelgroep (procentueel) Bron: CAK

Figuur 1 laat zien dat in 2020 ten minste 55% van de patiënten die onder deze regeling zorg krijgen niet-Nederlanders betreft, waarvan 41% uit EU-landen. Over de jaren heen is te zien dat het relatieve aandeel Nederlanders is afgenomen, van 52% in 2018 naar respectievelijk 42% en 36% in 2019 en 2020 en dat het aandeel personen uit EU-landen en overige landen is toegenomen. Het aandeel onbekend is ook toegenomen, van 5% in 2019 naar 9% in 2020. Aangezien het aandeel overige landen in de cijfers stabiel is gebleven (13%), is het aannemelijk dat de post onbekend ook een deel niet-Nederlanders omvat. Dit is echter niet hard uit de data op te maken.

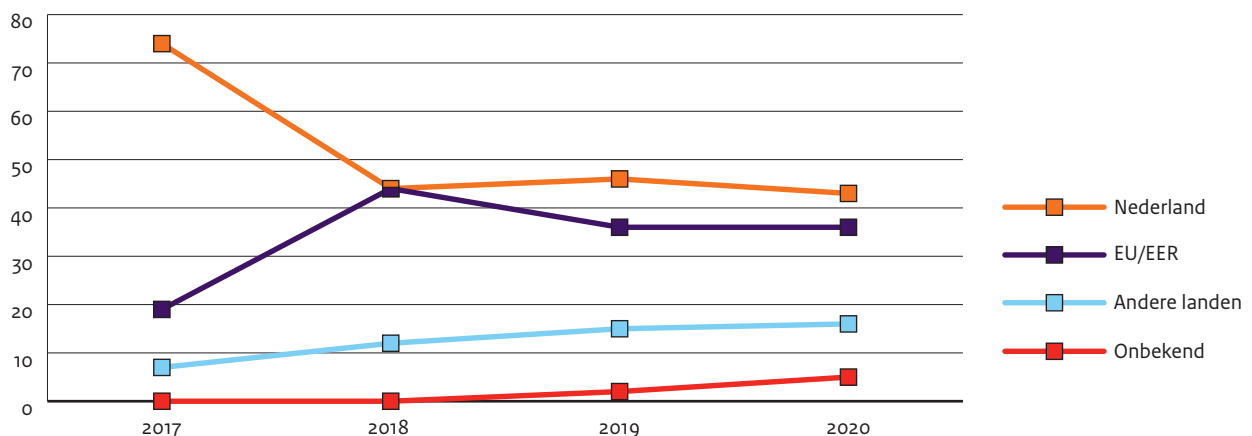
De kostenontwikkeling van de SOV laat een vergelijkbaar beeld zien. In onderstaande tabel 2 nemen de uitgaven aan de regeling bij alle doelgroepen toe.

#### Ontwikkeling uitgaven (bedrag) per doelgroep

	2017	2018	2019	2020
Nederland	€ 552.879	€ 2.246.000	€ 8.479.048	€ 14.873.477
EU/EER	€ 142.018	€ 2.219.000	€ 6.638.008	€ 12.343.088
Andere landen	€ 48.683	€ 619.000	€ 2.782.530	€ 5.658.507
Onbekend			€ 419.414	€ 1.576.606
<b>Totaal</b>	<b>€ 743.580</b>	<b>€ 5.084.000</b>	<b>€ 18.320.000</b>	<b>€ 34.451.678</b>

Tabel 2 Ontwikkeling uitgaven SOV per doelgroep (absoluut) Bron: CAK

Het relatieve aandeel van de uitgaven per doelgroep laat ook een vergelijkbaar beeld zien (figuur 2). De percentages uitgaven naar nationaliteit schuiven sinds 2018 beperkt. De totale uitgaven komen in 2020 voor 43% ten laste van Nederlanders terwijl dit aandeel bij het aantal declaraties 36% is.



Figuur 2 Ontwikkeling relatieve aandeel uitgaven SOV per doelgroep (procentueel) Bron: CAK

### Regionale spreiding

Onderstaande tabel 3 geeft een overzicht van het aantal meldingen bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg, uitgesplitst naar de verschillende GGD-regio's. De GGD'en zijn op volgorde van het aantal meldingen per 100.000 inwoners (van hoog naar laag) gerangschikt.

	2017	2018	2019	2020	Per 100.000 inwoners
GGD Amsterdam	320	847	1.524	4012	398
GGD Haaglanden	418	1.428	2.012	3.684	353
GGD Hart voor Brabant	75	394	561	2064	198
GGD Rotterdam-Rijnmond	486	1.146	1.861	2436	190
GGD West-Brabant	67	187	284	1.126	162
GGD Brabant-Zuid Oost	55	138	234	1015	135
GGD Zuid Limburg	71	285	317	754	125
GGD Noord en Midden Limburg	15	125	259	518	100
HVD Gelderland-Midden	106	315	436	605	90
GGD Gelderland Zuid	30	85	134	462	85
GGD Hollands Noorden	17	71	168	550	85
GGD Hollands Midden	61	90	303	509	66
GGD Regio Utrecht	98	221	262	754	60
GGD Flevoland	64	141	113	232	58
GGD Zeeland	14	19	93	160	42
GGD Zuid Holland Zuid	20	17	18	150	41
GGD Gooi- en Vechtstreek				90	37
GGD Regio Twente	14	57	64	190	30
GGD Groningen	34	47	53	163	28
GGD IJsselland	26	42	14	112	22
GGD Kennemerland	27	54	70	92	17
GGD Fryslân	29	44	54	99	15
GGD Noord en Oost Gelderland	78	57	77	96	12
GGD Drenthe	14	16	39	56	11
GGD Zaanstreek Waterland	131	136	25	8	2
<b>Totaal</b>	<b>2.270</b>	<b>5.962</b>	<b>8.975</b>	<b>19.937</b>	<b>95</b>

Tabel 3 Aantal meldingen naar GGD regio Bron: GGD-GHOR, VWS

Wat opvalt is dat de grootstedelijke regio's Amsterdam, Den Haag en Rotterdam samen met de Brabantse regio's en in mindere mate de Limburgse regio's de eerste acht plaatsen van deze 'ranglijst' bezetten. Dit wordt grotendeels verklaard door het feit dat de grootste concentraties dak- en thuislozen zich in de grote steden bevindt. De Brabantse regio's scoren waarschijnlijk hoog doordat in deze regio's veel EU-arbeidsmigranten uit Midden- en Oost-Europa werkzaam zijn. Wanneer zij werkloos worden, wordt ook de zorgverzekering beëindigd. Wanneer zij niet terugkeren naar hun woonland of snel weer werk vinden, zijn zij onverzekerd.

Inmiddels kan uit het gebruik van de SOV worden geconstateerd dat aan -relatief- veel niet-Nederlanders -die in de regel ook niet-verzekeringplichtig zijn- zorg wordt verleend.

De oorzaken hiervan zijn divers: bij visumplichtigen wordt door de IND niet gecontroleerd of er afdoende verzekering tegen ziektekosten is, ook EU-onderdanen blijken vaak onverzekerd, of mensen hebben wel een verzekering, maar die verzekering biedt onvoldoende dekking. Niet-visumplichtigen die hier langer dan drie maanden verblijven zijn niet-rechtmatig verblijvend en kunnen worden uitgezet. Dat geldt ook voor onderdanen van EU-landen, maar totdat ze een beroep op bijstand doen zijn ze vaak niet voldoende in beeld.



### Herhaling

Op basis van declaraties waarbij er ook een bsn is geregistreerd is aan te geven in hoeverre er sprake is van onverzekerden die vaker gebruik maken van zorg die wordt vergoed vanuit de SOV. Het doel van de meldingsplicht bij de GGD is om gemeenten in staat te stellen om onverzekerde verzekeringsplichtigen toe te leiden naar een verzekering, zodat zij een volgende keer dat zij zorg nodig hebben verzekerd zijn. Het herhalingscijfer geeft aan hoe vaak aan dezelfde persoon zorg is verleend en kan een indicator zijn om vast te stellen in hoeverre het lukt om na verleende zorg aan een onverzekerde, deze persoon toe te leiden naar een verzekering (tabel 4).

In de periode januari 2018 t/m april 2021 zijn er 20.888 declaraties met bsn ontvangen door het CAK<sup>7</sup>. Het betreft 10.949 unieke personen. Voor deze unieke personen gelden de volgende aantallen.

Aantal keren herhaling	Aantal herhaling
0x herhaald	6.889
1x herhaald	2.067
2x herhaald	852
3x herhaald	417
4x herhaald	253
5x herhaald	145
>5x herhaald	326
	<b>10.949</b>

Tabel 4 Aantal keren herhaling van zorg Bron: CAK

Op grond van deze cijfers kan worden geconcludeerd dat ruim een derde deel van de declaraties een persoon betreft waarbij aan een onverzekerde meerdere malen zorg wordt verleend die vergoed wordt uit de SOV. Voor een deel zullen dit personen zijn die langdurig onverzekerd blijven en waarvan het moeilijk is om ze toe te leiden naar een verzekering. Dit fenomeen is bekend en wordt ook in het kwalitatieve deel van de evaluatie geschetst. Het kan echter ook zijn dat een onverzekerde (in een korte periode) bij meerdere aanbieders zorg heeft gekregen waardoor er ook meerdere declaraties met hetzelfde bsn in de data voorkomen.

### 4.1.2 Financieel

Zoals in de inleiding is vermeld is de SOV oorspronkelijk ingesteld ter ondersteuning van de problematiek van personen met verward gedrag. In juni 2016 is op basis van gegevens van de Crisisopvang Den Haag een berekening gemaakt en een raming van de kosten. Uit de gehanteerde gegevens kwam naar voren dat van de naar schatting 25.000 personen met verward gedrag circa 25% onverzekerd zou zijn en circa 10% niet verzekeringsplichtig. Op basis van deze gegevens, met als uitgangspunt een gemiddelde van € 2.200 aan jaarlijkse zorgkosten, werden de kosten voor een subsidieregeling initieel geschat op € 9,6 miljoen. In augustus van dat jaar werd voor 2016 voor de aanpak van personen met verward gedrag in totaal een bedrag van € 15 miljoen gereserveerd, waarvan € 1,5 miljoen voor een subsidieregeling, en vanaf 2017 (meerjarig) in totaal een bedrag van € 30 miljoen, waarvan € 12 miljoen (meerjarig) voor een subsidieregeling.

Uit de gegevens van het CAK blijkt dat het gebruik van de regeling in 2017 minimaal en in 2018 beperkt is geweest en ver is achtergebleven bij de oorspronkelijke raming. De wijziging van de SOV in maart 2018 is dan ook ingegeven vanuit signalen dat de SOV in zijn oorspronkelijke vorm niet werkte. Als belangrijkste oorzaak daarvan werden gezien de vereisten van verzekeringsplicht, die bij deze groep onverzekerden vaak moeilijk bleek vast te stellen, almede de 24-uursmelding.

Met name SEH's in ziekenhuizen, ggz-instellingen en ambulancediensten gaven destijds aan dat 24 uur geen haalbare termijn was om een melding te doen. Als gevolg van deze vereisten werd in het eerste jaar van de SOV slechts ruim € 743.000 gedeclareerd.

<sup>7</sup> Dit betekent dus niet dat dit alle declaraties zijn aangezien het bsn niet altijd bekend is. Daarnaast kan de data als gevolg van bijvoorbeeld handwerk fouten bevatten. Gelet op de grote aantallen kan worden verondersteld dat dergelijke eventuele fouten geen grote gevolgen hebben voor de bevindingen.

Met het loslaten van de verzekeringsplicht voor spoedeisende zorg in 2018 kon vanaf maart 2018 al in ruimere mate subsidie worden toegekend. Het gebruik van de SOV nam substantieel toe nadat ook voor de niet-spoedeisende zorg de verzekeringsplicht als voorwaarde voor het gebruikmaken van de SOV, met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018, werd afgeschaft. Na deze wijziging is het gebruik van de regeling fors toegenomen.

Onderstaande tabel 5 geeft de toegekende declaraties van SOV weer per zorgsoort over de jaren 2017 t/m 2020<sup>8</sup>.

<b>Ontwikkeling uitgaven (bedrag) per doelgroep in 2017-2020</b>				
	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Farmacie	€ 12.000	€ 12.000	€ 55.000	€ 611.176
GGZ	€ 420.000	€ 2.495.000	€ 9.041.000	€ 16.281.195
Huisartsenzorg	€ 580	€ 3.000	€ 8.000	€ 25.026
Overige zorg	€ 33.000	€ 72.000	€ 104.000	€ 1.333
Hulpmiddelen	€ -	€ -	€ -	€ -
Eerstelijnsverblijf	€ -	€ -	€ -	€ 38.428
Verloskundige zorg	€ -	€ 1.000	€ 6.000	€ 13.586
Wijkverpleging	€ -	€ 12.000	€ 14.000	€ 42.890
Ziekenhuizen	€ 278.000	€ 2.489.000	€ 9.092.000	€ 17.429.194
Kraamzorg	€ -	€ -	€ -	€ 8.552
Paramedische zorg	€ -	€ -	€ -	€ 298
AWBZ instellingen	€ -	€ -	€ -	€ -
Tandheelkundige zorg	€ -	€ -	€ -	€ -
<b>Totaal</b>	<b>€ 743.580</b>	<b>€ 5.084.000</b>	<b>€ 18.320.000</b>	<b>€ 34.451.678</b>

Tabel 5 Uitgaven per zorgsoort Bron: CAK

Op basis van deze gegevens kan worden geconstateerd dat de ziekenhuizen en de ggz-instellingen bijna het hele budgettaire beslag (98%) van de regeling dragen. Een tweede conclusie die op basis van deze tabel getrokken kan worden is dat de uitgaven aan de subsidieregeling in vier jaar tijd fors zijn gestegen. Deze stijging is deels voorzien toen de regeling werd versoepeld, maar de mate waarin het gebruik zich heeft ontwikkeld is veel groter dan werd verwacht. De raming is bij de start van de SOV en bij de aanpassingen niet robuust gebleken.

Als oorzaken van de stijging van het gebruik van de regeling worden gezien:

- de bredere reikwijdte van de doelgroep van onverzekerden (het vervallen van verzekeringsplicht);
- verlenging van de meldingstermijn van 24 uur naar 7 dagen;
- grotere bekendheid van de regeling als gevolg van voorlichtingsactiviteiten;
- toename van het aantal dakloze personen (en daarmee van onverzekerde personen);
- toename van het aantal gewezen arbeidsmigranten dat (als gevolg van sociale problematiek) in Nederland verblijft.

Zoals uit het bovenstaande blijkt zijn de uitgaven aan de SOV als gevolg van het toenemende gebruik fors toegenomen. Dit geeft aan dat de regeling voorziet in een behoefte en dat zorgaanbieders de SOV steeds beter weten te vinden. Deze ontwikkeling is budgettair gezien lastig te beheersen aangezien de SOV een open-einde karakter heeft. Zodra aan de voorwaarden wordt voldaan ontstaat het recht op subsidie. Er is ook geen subsidieplafond ingesteld.

Het inperken van de regeling met als doel de kosten te beheersen is ingewikkeld en betekent een inbreuk op het primaire beleidsdoel van de subsidieregeling, te weten het verstrekken van een financiële vergoeding voor verleende zorg aan onverzekerde personen, zodat wordt voorkomen dat medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde wordt onthouden. In het hoofdstuk Conclusies en aanbevelingen wordt een aantal mogelijke beheersmaatregelen geschetst.

<sup>8</sup> De cijfers van 2019, die het bedrag van in dat jaar toegekende declaraties weergeeft, betreft voor een groot deel in 2019 uitgekeerde bedragen voor niet-spoedeisende zorg die in 2018 is gegeven, maar pas na 1 maart 2019 kon worden vergoed.

## 4.2 Kwalitatief

In deze paragraaf zal een kwalitatieve duiding worden gegeven van de verschillende aspecten van de SOV. Op basis van afgenomen interviews, diverse bronnen van betrokken organisaties en studies en artikelen zal de werking in de praktijk worden beschreven en worden positieve en negatieve elementen benoemd.

### 4.2.1 Financiële drempel

Een belangrijk doel van de SOV is het wegnemen van de financiële drempel bij zorgaanbieders voor het verlenen van zorg aan onverzekerden. Gelet op de toename in het gebruik van de regeling voorziet deze duidelijk in een behoefte. Dit is ook sterk teruggekomen in de interviews die zijn gehouden met verschillende soorten zorgaanbieders (huisartsen, apothekers, ziekenhuizen en ggz-instellingen). Hierin werd in de breedte aangegeven dat men erg tevreden is over het bestaan van de regeling, omdat er daardoor duidelijkheid bestaat of verleende zorg ook daadwerkelijk wordt vergoed.

Uit de gesprekken met de verschillende zorgaanbieders blijkt dat er tussen de verschillende zorgsoorten wel een verschil bestaat in hoe het gebruik van de SOV bij het verlenen van zorg wordt ervaren. Kleinere zorgaanbieders zoals huisartsen en apothekers geven aan dat de administratieve last die het gebruik van de regeling met zich brengt niet altijd opweegt tegen de baten die ertegenover staan. De tijd die gestoken wordt in het indienen van een factuur kost in die gevallen soms meer dan het bedrag van de factuur. Deze ervaring verschilt ook wel weer binnen de groep en speelt met name bij aanbieders waar er sprake is van een beperkt aantal gevallen per jaar. Zorgaanbieders die regelmatig gebruik maken van de regeling kunnen het beter inregelen in hun reguliere administratieve processen. Het effect van deze ervaren administratieve last werkt verschillend uit. Sommige aanbieders verlenen wel de zorg, maar doen dit dan voor eigen rekening, maar er zijn ook signalen dat zorg niet verleend wordt ondanks het bestaan van de SOV. Er is geen informatie beschikbaar over hoe vaak dit het geval is.

#### Casus uit de praktijk

Mevrouw K.K., een Poolse arbeidsmigrante die net is begonnen met werken is gevallen en heeft heel veel pijn bij het lopen. Ze gaat naar een huisartsenpost waar wordt vastgesteld dat ze geen zorgverzekering heeft en wordt weggestuurd. Twee weken later is de pijn erger geworden en meldt ze zich bij de Eerste Hulp van een ziekenhuis. Ook daar gaat het mis en wordt ze -ondanks de klachten- weggestuurd omdat ze geen zorgverzekering heeft. Weer een week later blijkt dat er inmiddels een zorgverzekering is. Geconstateerd wordt dat mevrouw een ernstige, gecompliceerde enkelbreuk heeft zodat een operatie noodzakelijk is.

De zorgaanbieders die gebruik maken van de regeling zijn over het algemeen tevreden over het bestaan van de regeling. Kosten die in het verleden vaak voor eigen rekening kwamen worden nu vergoed vanuit de subsidieregeling. De drempel om zorg te verlenen is daardoor lager geworden.

Er is meer ruimte ontstaan om ook kwalitatief betere zorg te leveren aangezien er minder afhankelijkheid is van andere (kleinere) subsidies en eventuele liefdadigheid. Wel valt op dat er verschil is tussen verschillende soorten zorgaanbieders over de mate waarin de regeling noodzakelijk geacht wordt voor het verlenen van zorg aan onverzekerden.

De geïnterviewde ziekenhuizen geven over het algemeen aan dat financiën in principe geen drempel vormen voor het verlenen van zorg aan onverzekerden. Zorg wordt indien noodzakelijk altijd geleverd. Zeker in acute situaties is dat het geval. Wanneer iemand onverzekerd is worden de kosten van de zorg in beginsel op de onverzekerde verhaald. Veel ziekenhuizen hebben een onverzekerdenbalie of een afdeling waar onverzekerdenproblematiek is belegd waar zaken omtrent onverzekerden worden afgehandeld. Vanuit het ziekenhuis wordt dan gepoogd om de kosten te verhalen op de patiënt die onverzekerd is. Dit gebeurt achteraf in gevallen waarbij acute zorg is verleend, maar kan ook vooraf gebeuren door middel van bijvoorbeeld een aanbetaling wanneer er bijvoorbeeld sprake is van noodzakelijke vervolgbehandelingen of planbare zorg. Wanneer kosten niet verhaald kunnen worden op de onverzekerde wordt bij het CAK een declaratie ingediend om aanspraak te maken op de SOV. De mate waarin ziekenhuizen inzet plegen om de kosten op de onverzekerde patiënt te verhalen verschilt per ziekenhuis. Dat er een subsidieregeling bestaat voor onverzekerde zorg zou de prikkel (deels) weg kunnen nemen om de kosten te verhalen op de patiënt. Op basis van signalen uit de interviews valt op te maken dat deze prikkel bestaat.

De drempel om een factuur van zorg aan een onverzekerde als oninbaar te bestempelen wordt lager doordat er een subsidie beschikbaar is. Hoe groot het mogelijke effect van deze prikkel is, is onbekend.

Het CAK beoordeelt niet in welke mate een zorgaanbieder inspanning heeft geleverd om de kosten op de onverzekerde te verhalen. In de regelgeving is toegelicht dat het gaat om een inspanningsverplichting om na te vragen bij de onverzekerde of hij of zij de rekening zelf kan betalen.

Voordat de SOV bestond werden de kosten die niet konden worden verhaald of via andere middelen gedekt konden worden (bijvoorbeeld de ongedocumenteerdenregeling of de (NZa) beleidsregel afschrijvingskosten dubieuze debiteuren) verdisconteerd in de verschillende dbc's in het ziekenhuis of jaarlijks als verliespost in de exploitatie opgenomen. De SOV heeft ervoor gezorgd dat de gemaakte kosten voor het verlenen van zorg nu ook direct vergoed kunnen worden. Gelet op de omvang en de aantallen bij ziekenhuizen kunnen er ook goede administratieve processen worden georganiseerd rondom de SOV en is het lonend om gebruik te maken van de regeling.

Binnen de ggz wordt aangegeven dat de subsidieregeling een belangrijke bijdrage levert in het leveren van de juiste zorg aan onverzekerde personen met psychische problemen. Doordat er zekerheid is over de financiering van de zorg kunnen de juiste behandelingen worden aangeboden. De financiële drempel voor het verlenen van zorg aan deze mensen is daarmee weggenomen.

Door een deel van de geïnterviewden wordt aangegeven dat er wel nog aarzelingen bestaan als het gaat om doorverwijzingen vanuit andere instellingen. Er bestaat nog schroom om onverzekerden in behandeling te nemen, omdat men er niet zeker van is of de te leveren zorg ook daadwerkelijk wordt vergoed. Bij niet-acute behandelingen is er immers tijd om eerst iemand te verzekeren.

Er wordt door sommige zorgaanbieders daarom gedacht dat er geen aanspraak gemaakt kan worden op de SOV. Deze aarzeling is onterecht. Bij de beoordeling van een aanvraag toetst het CAK namelijk alleen of de persoon in kwestie op het moment van behandeling verzekerd was of niet. Het CAK beoordeelt niet of er tijd zou zijn geweest om iemand te verzekeren voordat de zorg werd verleend.

### **Casus uit de praktijk**

De heer M. is een Roemeense onverzekerde die na een suïcidepoging is opgenomen in een academisch ziekenhuis en revalidatie nodig heeft. De heer M. is dakloos, maar zwerft al jaren in Nederland rond. Hij is uitbehandeld en kan in het ziekenhuis ook niet de zorg krijgen die nodig is.

Een revalidatiecentrum heeft opname van betrokkene geweigerd omdat hij na beëindiging van de revalidatie niet uitgeplaatst kan worden omdat hij dak- en thuisloos is.

Feitelijk is met de SOV de financiële drempel wel weggenomen, maar gevoelsmatig dus nog niet overal. Een belangrijke verklaring die hiervoor wordt gegeven is dat de regeling een 'valse start' heeft gemaakt door de strikte eisen (bijvoorbeeld de verzekeringplicht) die bij aanvang zijn gesteld. Op basis van de cijfers is te zien dat het gebruik toeneemt, maar het beeld op basis van de interviews is dat er nog sprake is van onderrapportage. Dit kan met de hierboven beschreven schroom te maken hebben, maar ook -zoals eerder vermeld- door de ervaren administratieve last. Dit betekent in sommige gevallen dat de noodzakelijke zorg wel is verleend, maar niet is gedeclareerd, maar kan ook betekenen dat er is geweigerd om zorg te verlenen. Hier is geen exacte data over beschikbaar, maar er zijn wel signalen dat beide gevallen nog voorkomen.

#### 4.2.2 Medische noodzakelijkheid

De SOV is bedoeld om zorgaanbieders een vergoeding te geven voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. De vraag die hierbij gesteld kan worden is: Wat is medisch noodzakelijke zorg?

In de verschillende gesprekken die met zorgaanbieders zijn gevoerd wordt door de zorgaanbieders vaak verwezen naar de 'Commissie Klazinga'. Deze commissie heeft het rapport 'Arts en vreemdeling' geschreven met daarin adviezen over hoe artsen kunnen handelen in situaties met vreemdelingen die niet verzekeraar zijn en ongedocumenteerden<sup>9</sup>.

'Medisch noodzakelijke zorg' dient naar het oordeel van de Commissie Klazinga als 'verantwoorde en passende medische zorg' te worden gedefinieerd. Deze zorg is doeltreffend en doelmatig, wordt patiëntgericht verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Daarbij baseert een arts de indicatie op een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen, indiceert conform de normen van de beroepsgroep en kosteneffectief. Bij gelijke effectiviteit van interventies geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.

Deze norm wordt in het algemeen ook toegepast voor de doelgroep van de SOV. Dit betekent uiteindelijk dat de beslissingen over het al dan niet behandelen en over welke behandeling nodig is vallen in de behandelkamer van een arts. Of iemand verzekerd of onverzekerd is maakt dan niet uit. Door sommige zorgverleners wordt de norm voor medisch noodzakelijke zorg vertaald naar alles wat er onder het Zvw-basispakket valt. Het CAK toetst zelf niet op het criterium van medische noodzakelijkheid aangezien die beoordeling bij de zorgverlener ligt. Het enige zorginhoudelijke criterium om een ingediende declaratie te toetsen is of de zorg die is verleend onder een Zvw-aanspraak valt.

De interviews geven een wisselend beeld over hoe men invulling geeft aan de norm voor wat medisch noodzakelijke zorg is. Hier valt ook een onderscheid te maken tussen acute zorg, bijvoorbeeld op de SEH, en planbare zorg.

Over de eerste categorie is weinig verschil in interpretatie waar te nemen, maar als het gaat om vervolgbehandelingen of verwijzingen vanuit een andere zorgverlener die planbaar zijn kan er verschillend worden gehandeld. Zorgvragers komen dan voorafgaand aan een eventuele behandeling in aanraking met bijvoorbeeld een onverzekerdenbalie. Daar kunnen aanbatalingen worden gevraagd of men kan worden teruggestuurd om eerst verzekerd te raken.

##### Casus uit de praktijk

Een gebroken enkel is een duidelijk voorbeeld van medisch noodzakelijke zorg. Bij niet-acute zorg is het lastiger: iemand komt met klachten over pijn in zijn knie bij het lopen bij een specialist. Uit onderzoek blijkt dat de knieband mogelijk gescheurd is. De arts adviseert de patiënt na terugkeer in het thuisland een bezoek te brengen aan een dokter, zodat er verder naar gekeken kan worden. Mogelijk dat in de toekomst een operatie aan een van kniebanden noodzakelijk is.

#### 4.2.3 Historisch gegroeide situaties

De SOV is een generieke subsidieregeling waar in principe alle zorgaanbieders die zorg verlenen aan onverzekerden gebruik van kunnen maken. Op basis van de declaraties zijn er grote verschillen waar te nemen tussen instellingen die gebruik maken van de regeling. Dit laat zich vaak verklaren door de ligging van zorginstellingen. Een ziekenhuis in het centrum van een grote stad heeft een grotere toeloop van bijvoorbeeld dak- en thuislozen met een zorgvraag.

<sup>9</sup> [Commissie Medische zorg voor \(dreigend\) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen, Rapport: Arts en Vreemdeling, 2007. De uitgangspunten van dit Rapport worden ook gehanteerd voor de doelgroep van de SOV.](#)

Daarnaast spelen hier ook historisch gegroeide patronen een rol. Bepaalde zorgaanbieders staan bekend om het feit dat ze veel zorg leveren aan deze doelgroep. Een voorbeeld hiervan is het Haaglanden Medisch Centrum dat in het verleden invulling gaf aan de financieringsregeling voor ongedocumenteerden waardoor van oudsher andere ziekenhuizen doorverwijzen naar dit ziekenhuis. Dit kan aan de ene kant drempels opwerpen doordat zorgvragers bij bepaalde aanbieders worden afgewezen, maar het biedt ook weer voordelen wanneer onverzekerde patiënten die mogelijk vaker medische zorg nodig hebben steeds bij hetzelfde ziekenhuis terecht kunnen. Dossiers hoeven niet te worden overgedragen en er wordt expertise ontwikkeld voor bepaalde ziektebeelden die bovengemiddeld voorkomen bij deze doelgroepen.

In de eerstelijnszorg zijn met name in grootstedelijke gebieden ook straatdokters<sup>10</sup> actief. Dit zijn onder andere huisartsen die optreden als aanspreekpunt, vraagbaak en adviseur voor sociaal-medische vraagstukken aan de dak- en thuislozen. Via deze straatdoktervoorzieningen ontstaat er meer binding met dak- en thuislozen, waardoor deze groep zorgaanbieders ook automatisch meer zorg gaan leveren aan deze doelgroep. Deze groep zorgaanbieders speelt ook een belangrijke rol in het doorverwijzen naar noodzakelijke vervolgzorg en vormen daarmee een belangrijke schakel in de zorgketen aan deze kwetsbare doelgroep.

#### 4.2.4 Meldingsplicht

Zoals in de beschrijving van de regeling is weergegeven is de zorgaanbieder verplicht melding te doen bij de GGD-GHOR wanneer er sprake is van verleende zorg aan een onverzekerde.

Dit gebeurt via het Meldpunt Onverzekerden Zorg. De melding maakt mogelijk dat een onverzekerde in beeld komt bij hulpverleners zodat de onverzekerde kan worden toegeleid naar een zorgverzekering. In de praktijk blijkt dat niet elke melding ook gevolgd wordt door een declaratie bij het CAK. Dit komt onder andere doordat zorgaanbieders 'voor de zekerheid' melden wanneer niet direct duidelijk is of iemand verzekerd is. Dit in verband met de noodzakelijke tijdigheid van de melding. Als later blijkt dat iemand toch verzekerd is of de onverzekerde betaalt de factuur zelf dan volgt er geen declaratie.

Voor zorgaanbieders is het doen van de melding slechts een administratieve handeling die vereist is om een declaratie in te kunnen dienen. Het meldingsnummer dient te worden vermeld op het declaratieformulier. Er zijn soms aanbieders die (los van de meldingsplicht) helpen bij het verzekerd raken voor zorg, maar dat is niet automatisch overal het geval. Hoewel er vaak een sterke wil is om zorg te verlenen kunnen dergelijke administratieve processen afschrikken en drempels opwerpen. Zeker voor een doelgroep als dak- en thuislozen die over het algemeen al zorgmijddend van aard zijn, kan dit problemen opleveren. Dit wordt ook door overkoepelende organisaties zoals GGD-GHOR en Valente aangegeven.

Over het algemeen zijn de zorgaanbieders die gebruik maken van de regeling tevreden over het feit dat de termijn voor het doen van een melding is verruimd naar 7 dagen. In de praktijk bleek 24 uur te kort om een melding te doen. Er zijn na aanpassing van de meldingstermijn ook signalen geweest richting het CAK dat ook de 7-dagentermijn soms niet haalbaar was.

In gevallen waarin blijkt dat een patiënt met terugwerkende kracht onverzekerd is geworden, bijvoorbeeld als gevolg van uitschrijving door de gemeente, is de termijn van 7 dagen per definitie niet haalbaar. Zorgaanbieders raadplegen het verzekerdenbestand van zorgverzekeraars om vast te stellen dat iemand (on)verzekerd is. Bij een wijziging van de verzekerdenstatus met terugwerkende kracht staat iemand op het moment van behandeling ingeschreven als verzekerd. Er wordt dan geen melding gedaan voor de SOV. In deze gevallen komt de zorgaanbieder er pas bij het indienen van de declaratie bij de zorgverzekeraar achter dat iemand (met terugwerkende kracht) onverzekerd was op het moment van behandeling. De melding is dan altijd te laat. Er is vervolgens nadere bewijsvoering richting het CAK nodig om aan te tonen dat de te late melding niet te voorkomen was en dat wel in aanmerking kan worden gekomen voor de subsidie.

---

10 Nederlandse Straatdokters Groep, Symposium 'Migranten op straat', 29 juni 2021

Uit de interviews blijkt een belangrijk neveneffect van al deze meldingen dat meer personen die hulp nodig hebben in beeld komen dan voorheen het geval was. Dit geeft GGD'en, gemeenten en maatschappelijke organisaties kansen om deze mensen te helpen. Daarnaast ontstaat er ook meer ruimte om als GGD samen te werken met eerstelijnszorgaanbieders, zoals huisartsen in de regio, zodat zorg en ondersteuning beter op elkaar afgestemd kunnen worden. Het is hierbij van belang dat er regionale of lokale afspraken worden gemaakt. De wil en inzet van betrokken organisaties is een bepalende factor voor het succesvol verder helpen van de doelgroep. De bredere sociale problematiek die vaak schuilgaat achter het onverzekerd zijn (dakloosheid, schulden, etc.) maakt dat er vaak een brede aanpak nodig. Het alleen toeleiden naar een zorgverzekering kan geen doel op zich zijn wanneer andere problemen niet worden verholpen. In vele gevallen raakt iemand opnieuw onverzekerd als de bredere problematiek niet wordt verholpen. Het gebruik van de SOV en de daarbij behorende melding is daarmee slechts een signaal van vaak onderliggende sociale problematiek en vraagt dus bredere inzet vanuit de gemeenten voor wat betreft zorg en ondersteuning aan de onverzekerde persoon.

#### 4.2.5 Opgvolging meldingen

De meldingen die bij het meldpunt van de GGD-GHOR binnenkomen worden doorgeleid naar de regionale GGD in het vestigingsgebied van de zorgaanbieder. De meldingen -aldus de toelichting bij de regeling van 2017- hebben als primaire doel om het risico van oneigenlijk gebruik van de subsidieregeling te verkleinen. De melding maakt controle mogelijk en maakt inzichtelijk en controleerbaar of en welke zorg verleend is. Deze melding is tevens bedoeld om gemeenten te attenderen op het feit dat zorg aan een onverzekerde is gegeven, zodat de gemeente activiteiten kan ontplooien om een onverzekerde te helpen aan een briefadres, een uitkering en een zorgverzekering. Het is de bedoeling dat gemeenten in samenwerking met maatschappelijke partners zich inzetten voor een vervolgetraject van de onverzekerde zodat deze worden geholpen zich te verzekeren. Als een onverzekerde alsnog verzekerd wordt, kunnen de kosten van zorg een volgende keer ten laste van de zorgverzekering komen. De toegankelijkheid voor de zorg wordt hiermee vergroot.

Eind januari 2020 heeft de Staatssecretaris van VWS aan alle gemeenten een brief gestuurd waarin werd gewezen op het belang van rapportages in het kader van de SOV, met het verzoek een rapportage aan te leveren waarin kwantitatieve gegevens werden verstrekt over het aantal onverzekerden, het aantal verzekeringsplichtigen en het resultaat van de inspanningen door de gemeente, met het verzoek daarvoor een format te hanteren. Ook aan de 25 GGD-regio's is verzocht een rapportage te verstrekken. De rapportage is bedoeld om te monitoren in hoeverre gemeenten er in slagen een onverzekerde persoon aan een zorgverzekering te helpen.

In totaal hebben 45 gemeenten of gemeentelijke regio's in 2020 gereageerd met een inhoudelijke reactie op de brief. Ook hebben 32 gemeenten daadwerkelijk een (beperkte) rapportage geleverd. Van de 25 GGD-regio's hebben er 16 inhoudelijk gereageerd, waarvan 8 GGD'en met een (soms uitgebreide) kwantitatieve rapportage. Een aantal gemeenten en GGD'en heeft aangegeven door de coronawerkzaamheden niet toe te komen aan deze rapportages. De door gemeenten en GGD'en beschikbaar gestelde cijfers zijn veelal niet aangeleverd in het gevraagde format, waardoor gegevens moeilijk te vergelijken zijn.

Op basis van de respons die is ontvangen is niet duidelijk in hoeverre gemeenten vervolghulp geven. Veel gemeenten hebben dit niet gemeld. Uit de wel beschikbaar gestelde rapportages blijkt dat de mate waarin het gemeenten lukt om mensen verzekerd te krijgen zeer variabel is. Waar Rotterdam en Utrecht over 2019 een percentage van resp. 29% en 33% rapporteren, geeft Amsterdam aan dat het maar in 7% van de gevallen is gelukt. Het gemiddelde van de gemeenten die gerapporteerd hebben over 2019 -zonder deze drie grote gemeenten- is 12%.

Gemeenten en GGD'en hebben aangegeven dat de activiteiten gericht op het geven van vervolghulp, in de vorm van het verstrekken van een briefadres, een uitkering op grond van de Participatiewet of het afsluiten van een zorgverzekering een moeizaam en tijdrovend proces blijkt te zijn. Dit is ook in de interviews die gehouden zijn naar voren gekomen. Een aantal van de problemen die werden gesignaleerd zijn:

- onvolledige persoonsgegevens of geen persoonsgegevens, waardoor mensen niet vindbaar zijn.
- veel niet-Nederlanders die geen ingezetene zijn en daarom niet verzekeringsplichtig zijn.
- mensen willen geen inschrijving in de BRP of willen geen zorgverzekering.
- onvoldoende capaciteit om vervolghulpactiviteiten uit te voeren.
- overbelaste wijkteams.
- privacywetgeving belemmert het verstrekken of gebruiken van gegevens.



Indien door de zorgaanbieder een melding wordt gedaan moeten bij de melding gegevens worden verstrekt over de persoon die zorg heeft gekregen. Het verstrekken van persoonsgegevens gecombineerd met medische gegevens vereist dat betrokkene toestemming moet verlenen om deze gegevens te verstrekken. Als geen toestemming wordt verleend hoeven alleen het geboortjaar, de initialen, de nationaliteit en het geslacht van de onverzekerde persoon te worden verstrekt. Op basis van alleen deze gegevens is de persoon niet identificeerbaar en evenmin vindbaar en kan geen vervolghulp worden gegeven. VWS bereidt daarom een wijziging van de Kaderwet VWS-subsidies voor, waarin een grondslag wordt opgenomen voor het verstrekken van bijzondere persoonsgegevens. Als deze grondslag is geregeld is het niet langer nodig toestemming te vragen om deze gegevens te mogen verstrekken.

Daarnaast zijn onlangs vragen gesteld over de grondslag voor gegevensverstrekking aan gemeenten zoals deze nu plaatsvindt. Nog onderzocht wordt of er sprake is van een voldoende grondslag en, mocht dit niet het geval zijn, hoe deze wettelijke grondslag kan worden gerealiseerd.

#### 4.2.6 Doelgroep en toegankelijkheid

In dit hoofdstuk wordt -in aansluiting op paragraaf 4.1.1., op basis van hetgeen is opgehaald uit de interviews en andere bronnen- verder inhoudelijk gekeken naar de doelgroepen die gebruik maken van de SOV. In hoofdlijnen laten die zich indelen in de volgende categorieën: 1) personen met verward gedrag en dak- en thuislozen, 2) EU-arbeidsmigranten en 3) overig.

##### *Personen met verward gedrag en dak- en thuislozen*

De aandacht in de samenleving voor zorg en ondersteuning voor mensen die verward gedrag vertonen is groot. Signalen over incidenten en over initiatieven in het land om tot oplossingen te komen voor de complexe problematiek waarmee deze mensen te maken hebben onderstrepen het maatschappelijk belang van een sluitende aanpak. Om die reden is ook in oktober 2015 het Aanjaagteam Verwarde Personen ingesteld. Meer recent heeft de regering in juli 2020 de stand van zaken toegelicht<sup>11</sup>.

De doelgroepen van de SOV waren bij aanvang van de regeling personen met verward gedrag en dak- en thuislozen die verzekeringsplichtig zijn. Er is geen echte vastomlijnde definitie van personen met verward gedrag. Wel zijn er kenmerken beschreven<sup>12</sup>. Gezien de omvang van het beroep op de ggz lijkt een aanzienlijk deel van de onverzekerde verzekeringsplichtigen te bestaan uit personen met verward gedrag.

Wat betreft dak- en thuislozen is er in 2014 is een cohortstudie verschenen over de sterfte en levensverwachting bij daklozen in Rotterdam<sup>13</sup>. De conclusie van het onderzoek geeft weer dat daklozen een sterk verminderde levensverwachting hebben ten opzichte van de gemiddelde levensverwachting in Rotterdam. Voor dakloze mannen is de levensverwachting 11 jaar lager, bij dakloze vrouwen is dat zelfs bijna 16 jaar. Het is aannemelijk dat deze verschillen in levensverwachting ook gelden voor de gehele Nederlandse populatie dak- en thuislozen. Dit is een zeer sterk signaal dat deze kwetsbare doelgroep een grote zorgbehoefte heeft. Aangegeven wordt dat deze doelgroep daarbij over het algemeen relatief zorgmijndend is. De drempel om naar een zorgverlener te stappen is groot.

Op basis van de interviews zien we dat in gevallen waarbij straatdokters en maatschappelijke organisaties actief zijn, deze drempel lager wordt. Er zijn gemeenten die speciaal huisartsen (bijvoorbeeld de straatdokters) contracteren voor deze doelgroep. Hierdoor kan er ook een vertrouwensrelatie tussen zorgverlener en zorgvrager ontstaan. Er zijn ook huisartsen die zeggen dat ze het te druk hebben, dus dat ze deze groep er niet bij kunnen hebben. Deze groep heeft een ander type zorgvraag, vaak is het een combinatie van medische-, somatische-, psychische- en verslavingsproblematiek.

De ziektebeelden zijn vaak ook niet zo bekend in de gemiddelde huisartsenpraktijk.

11 Kamerstukken 25.424, nr. 548 - Aanpak gericht op personen met verward gedrag

12 [Zorg en ondersteuning voor mensen met verward gedrag | Geestelijke gezondheidszorg \(GGZ\) | Rijksoverheid.nl](#)

13 [Sterfte en levensverwachting bij daklozen prospectief cohortonderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2014,158:A7654.](#)



### *EU-arbeidsmigranten*

In het Rapport 'Geen tweederangsburgers' van het Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten van 30 oktober 2020 wordt de bredere sociale problematiek van gewezen arbeidsmigranten uitgebreid beschreven. In het rapport is de aanbeveling gedaan dat een arbeidsmigrant die niet tevens ingezetene is gedurende maximaal 30 dagen nadat de verzekeringsplicht is vervallen medisch noodzakelijke zorg kan krijgen. In de kabinetsreactie van 14 december 2020 is geantwoord dat de SOV voor deze groep al gebruikt kan worden, en dat het gebruik van zorg door deze groep expliciet gemonitord zal worden<sup>14</sup>. Uit de cijfers en de interviews is gebleken dat zorg aan arbeidsmigranten uit 12 EU-landen een substantieel aandeel (38%) van de SOV voor zijn rekening neemt en bijna een derde van de kosten voor zijn rekening neemt. De aanname is dat dit vooral arbeidsmigranten betreft die al langere tijd in Nederland verblijven, en onverzekerd zijn geraakt.

Zowel het aantal dak- en thuislozen als het aantal (gewezen) arbeidsmigranten neemt ook getalsmatig toe. Logischerwijs neemt daardoor ook het aantal onverzekerden dat zorg krijgt gefinancierd uit de SOV toe. Vaak spelen er bredere onderliggende sociale problemen bij deze doelgroep en is de ontwikkeling van het gebruik van de SOV slechts een symptoom.

### *Onverzekerden uit overige landen*

Over deze doelgroep is erg weinig bekend. Tijdens de interviews is gemeld dat soms ook zorg aan buitenlandse studenten, expats en toeristen wordt vergoed vanuit de SOV. Het aandeel van personen waarvan de nationaliteit onbekend is neemt in de afgelopen jaren toe. Mogelijk dat er ook zorg aan asielzoekers, vreemdelingen en statushouders wordt vergoed vanuit de SOV. Niet ondenkbaar is dat er sprake is van enige overlap met de financieringsregeling voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, maar daar kunnen geen harde conclusies over worden getrokken aangezien hier verder geen informatie over beschikbaar is.

### **4.2.7 Communicatie**

Op basis van de data is te zien dat het gebruik van de SOV toeneemt. Hieruit is onder andere af te leiden dat de bekendheid van de SOV bij zorgaanbieders is toegenomen. Vanuit het ministerie zijn bij aanvang van de regeling voorlichtingsactiviteiten georganiseerd en zijn gedurende de looptijd van de regeling de verschillende wijzigingen naar het veld gecommuniceerd. Door gemeenten, maatschappelijke organisaties, inloophuizen en andere veldpartijen wordt ook vaak verwezen naar het bestaan van de SOV. Er zijn gemeenten (zoals Rotterdam) die actief de regeling bij zorgaanbieders promoten.

Er blijft desondanks toch ook onduidelijkheid bestaan over het gebruik van de regeling. Er ontstaan lokale of regionale initiatieven die actief de SOV onder de aandacht brengen en daarbij ook uitleg geven over de werking ervan. Een mooi voorbeeld hiervan is een initiatief van de Nederlandse Straatdokters Groep die in samenwerking met een aantal geneeskundestudenten een protocol 'Zorg aan de onverzekerde dakloze patiënt' heeft opgesteld<sup>15</sup>. Dit protocol geeft de zorgprofessionals in duidelijke stappen handvatten over hoe te handelen en wil zodoende duidelijkheid scheppen over de subsidieregeling en wat er door een zorginstelling moet gebeuren om vergoeding te krijgen.

Er bestaan ook nog onduidelijkheden bij doorverwijzingen, van ziekenhuis naar revalidatiecentrum of GGZ-instelling. Uit de interviews blijkt dat men in die overgang tegen problemen aanloopt waarbij de ontvangende instelling niet altijd bereid is om een onverzekerde persoon op te nemen.

Ondanks de regeling, vraagt men zich af 'hoe weet je zeker dat die kosten gedekt worden?'

Het gevolg is dat, naast het feit dat niet de benodigde zorg wordt geleverd, mensen bijvoorbeeld te lang in het ziekenhuis blijven, waardoor er 'verkeerde beddenproblematiek' ontstaat.

---

<sup>14</sup> Kamerstukken 29.861, nr. 55 – Kabinetsreactie tweede advies Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten.

<sup>15</sup> [Geef onverzekerde daklozen de zorg waar ze recht op hebben \(straatdokter.nl\)](https://www.straadokter.nl) (Medisch Contact; 15 augustus 2019)

### **Casus uit de praktijk**

De heer J. is een onverzekerde buitenlandse patiënt met een verblijfsdocument van een EU-lidstaat en lijdt aan een chronische (potentieel levensbedreigende) ziekte, waarvoor hij is opgenomen in een academisch ziekenhuis. Patiënt heeft de medisch noodzakelijke zorg gekregen om de ziekte te stabiliseren maar dient op korte termijn opnieuw behandeld te worden. Behandeling vergt opname in het ziekenhuis, een ingreep en postoperatieve thuiszorg, met gespecialiseerde verpleging en apparatuur. De heer J. is geadviseerd terug te keren naar het EU-land waar hij een tijdelijke verblijfsvergunning heeft zodat hij aldaar een optimale behandeling kan krijgen met toegang tot voldoende medische voorzieningen, maar voor de familie is niet mogelijk de heer J. binnen twee maanden te vervoeren. De ambassade van het EU-land alsmede het land van herkomst van patiënt kunnen geen hulp bieden. Met patiënt is besproken dat alleen medisch noodzakelijke zorg kan worden gegeven kan worden, maar dat dit een suboptimale behandeling betreft.

# 5. Doelmatigheid van de regeling

## 5.1 Uitvoering door het CAK

### *Algemeen*

Het CAK voert de SOV uit. Over het algemeen geven zorgaanbieders die gebruik maken van de SOV aan dat ze tevreden zijn over het CAK als uitvoeringsorganisatie. De contacten met het CAK en ook het ministerie van VWS worden als prettig ervaren. Veelgehoorde klachten worden ook opgepakt en waar nodig en mogelijk ook omgezet in een aanpassing (van de uitvoering) van de regeling.

### *Digitalisering*

Vrijwel alle geïnterviewde zorgaanbieders geven aan dat ze het zeer onwenselijk vinden dat de declaraties met bijbehorende documenten op papier naar het CAK moeten worden gestuurd. Ook de reactie van het CAK wordt per post ontvangen. Dit terwijl bijvoorbeeld het normale declaratieproces richting de zorgverzekeraar doorgaans digitaal is ingeregeld.

Bij aanvang van de regeling heeft het CAK wel verkend of er een digitaal portaal kon worden opgezet. Gelet op de snelle invoering en het feit dat het om een nieuwe regeling ging is ervoor gekozen om geen digitaal proces in te richten. De technische vereisten die daaraan verbonden waren kostten veel geld en de ervaring leerde dat een nieuwe regeling in het eerste jaar vaak obstakels kent waardoor ook weer (kostbare) ICT-aanpassingen moeten worden doorgevoerd. Achteraf bezien kan geconcludeerd worden dat dit een juiste inschatting is geweest, gelet op de verschillende aanpassingen van de SOV in de afgelopen jaren. De vraag die nog wel gesteld kan worden is waarom zorgaanbieders niet via een digitale postbus de stukken kunnen opsturen naar het CAK. Dit lijkt een eenvoudige oplossing te zijn die veel ergernis zal wegnemen bij zorgaanbieders. Het CAK verkent inmiddels de digitalisering van het declaratieproces.

### *Mismatch melding en dbc*

Sinds de invoering van de SOV is de hoofdregel dat elke zorgverrichting apart gemeld dient te worden binnen de gestelde termijn. Een uitzondering hierbij is de diagnosebehandelcombinatie (dbc). Aangezien dit in termen van declaratiesystematiek (conform de Zvw) één traject is, is de meldtermijn bij zorg door ziekenhuizen en ggz-instellingen gekoppeld aan de startdatum van de dbc, waarbij het veelal ook gaat om vervolg-dbc's. Het starten van vervolg-dbc's is geautomatiseerd en de zorgverlener heeft daar geen zicht op. Administratief echter zijn het wel aparte zorghandelingen. Niet-dbc zorgproducten dienen los van de dbc's gedeclareerd te worden, zoals add-ons (dure (wees)geneesmiddelen), hulpmiddelen en overige zorgproducten. Daarnaast bestaan er dbc's met verschillende looptijden, afsluitredenen en specifieke regels die niet aansluiten op de meldingssystematiek. De SOV houdt nog geen rekening met de voornoemde combinaties van situaties die in het zorgveld voorkomen, wat leidt tot onduidelijkheid en complexiteit, met als gevolg dat de geldigheidsduur van een melding van één maand (sinds 201 in de Subsidieregeling opgenomen) en waarbij ook een andere zorgaanbieder gebruik kan maken van een eerdere melding, in de praktijk niet effectief toepassing vindt. In de interviews met ziekenhuizen en ggz-instellingen kwam dit ook nadrukkelijk terug.

Voor een initiële dbc is het moment van melding helder. Zodra er sprake is van een vervolg-dbc is dit moeilijker omdat het openen van vervolg-dbc's geautomatiseerd is; de openingsdatum van een dbc ligt dan meestal verder in het verleden. Bij zorgaanbieders bestaat er onduidelijkheid over het melden van vervolgzorg (en wat dit dan precies is). Er ontstaan voor deze zorgaanbieders extra administratieve lasten doordat zij elke zorghandeling melden om maar zeker te zijn dat de subsidie wordt veiliggesteld, of de zorgaanbieder gaat ervan uit dat één melding voldoende is, omdat de opeenvolgende (identieke) zorghandeling wordt gezien als vervolgzorg behorend tot één traject.

In de praktijk kan blijken dat het uiteindelijk geen dbc-zorgproducten zijn.

### *Terugwerkende kracht onverzekerde*

Zorgverleners controleren de verzekeringsstatus van een patiënt bij aanvang van de zorg<sup>16</sup>.

Zij stellen op dat moment vast dat de persoon wel of niet verzekerd is. Het kan voorkomen dat op het moment dat de zorg eindigt en declarabel is, de zorgaanbieder constateert dat deze persoon met terugwerkende kracht onverzekerde is geraakt. Uit de regelgeving over de verzekeringsplicht vloeit voort dat zorgverzekeraars met terugwerkende kracht een persoon kunnen uitschrijven uit de verzekering. In de SOV is om die reden sinds 2018 een uitzondering opgenomen met betrekking tot de meldingstermijn. Op basis van deze uitzonderingsregel kan de zorg alsnog later gemeld worden (immers, door de terugwerkende kracht is een melding altijd te laat) en kan declaratie van kosten ook in deze gevallen worden toegekend. Deze uitzondering voor de terugwerkende kracht zorgt bij het CAK en de zorgverzekeraars voor een toename van de administratieve lasten en de doorlooptijd van de aanvraag van subsidie. Immers, om te kunnen bepalen of de uitzondering toegepast kan worden, dient het CAK de zorgverzekeraar te bevragen over de mutatedatum van de polis. Deze gegevens zijn voor het CAK niet zichtbaar. De zorgverzekeraar dient dit in de eigen administratie na te gaan. De controle verloopt handmatig en vergt tijd bij het CAK en de zorgverzekeraar. Dit komt de doorlooptijd van de behandeling van de declaraties niet ten goede.

## 5.2 Alternatieven om de beleidsdoelstelling te behalen

In deze paragraaf wordt gezien of er ook alternatieve instrumenten bestaan om de beleidsdoelstelling te behalen.

### *Wettelijke verankering*

De SOV komt voor een groot deel overeen met de wettelijke regeling die geldt voor de financiering van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a van de Zorgverzekeringswet), zij het dat het bij artikel 122a Zvw een andere groep van onverzekerde personen betreft. De belangrijkste verschillen met de SOV zijn de juridische status van het verblijf, de verstrekking van persoonsgegevens en de meldingsplicht. De SOV is in 2017 ingevoerd als noodmaatregel (overgangsmaatregel). De bestaande wetgeving voorzorg -aldus de toelichting- niet in financiering van onverzekerde zorg met terugwerkende kracht en een wetswijziging zou geruime tijd vergen<sup>17</sup>. Gelet op de problematiek werd het wenselijk geacht om te voorzien in een snelle oplossing in de vorm van een subsidieregeling. Voorts is in 2020 overwogen dat een wettelijke regeling vooralsnog te weinig flexibel zou zijn om snel aanpassingen in de SOV te kunnen doorvoeren.

### *Wijs zorginstellingen aan die zorg aan onverzekerden op zich nemen*

Op basis van de interviews en wat er in het veld wordt waargenomen lijkt het erop dat een lokale aanpak waarbij zorgaanbieders, gemeenten en maatschappelijke organisaties samenwerken heel effectief is bij het helpen van onverzekerde personen. Voor bepaalde doelgroepen met specifieke ziektebeelden is ook bepaalde expertise nodig. Door zorg rondom deze groep te concentreren kan er kwalitatief betere hulp worden geboden. Door het specifiek financieren van deze groep aanbieders ontstaat er duidelijkheid voor aanbieders en is het ook duidelijk voor onverzekerden waar ze terecht kunnen met hun zorgvraag. Deze vorm werkt echter het beste als er ook voldoende volume binnen een bepaald bereik is. In grootstedelijke regio's is dat het geval en zien we ook samenwerkingsinitiatieven ontstaan. In meer dunbevolkte gebieden leidt concentratie mogelijk tot een grotere afstand van zorgvrager tot zorgaanbieder. Een generieke regeling blijft dan de voorkeur genieten, maar sluit niet uit om bij grote concentraties van onverzekerden te kijken naar meer gerichte financiering van zorg rondom onverzekerden. Dit kan mogelijk via een beschikbaarheidsbijdrage. Samenwerking rondom onverzekerden kan mogelijk ook bijdragen aan een effectievere toeleiding naar een verzekering.

---

<sup>16</sup> Elke zorgaanbieder kan met VECOZO (het communicatiepunt voor ketenpartijen in de zorg) via de controle op verzekeringsrecht (cov) nagaan bij welke zorgverzekeraar de patiënt is ingeschreven voor de basisverzekering en/of een aanvullende verzekering. Deze gegevens worden beschikbaar gesteld door de zorgverzekeraars.

<sup>17</sup> Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 februari 2017, kenmerk 997477-153689-Z, houdende regels voor de subsidieverstrekking aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden) (Stcrt. 2017, 10332)

## 5.3 Internationale vergelijking

In het kader van een afstudeerproject heeft er een internationale vergelijking plaatsgevonden<sup>18</sup>. België, Duitsland en Zwitserland leenden zich het beste als vergelijkingsland. De hoofdvraag van het afstudeeronderzoek luidde: 'Gegeven art. 25 van de UVRM, op basis waarvan ieder mens recht heeft op geneeskundige zorg; Wat kan de Nederlandse overheid leren van de wijze waarop andere Westerse landen de noodzakelijke geneeskundige zorg aan onverzekerden hebben georganiseerd en gefinancierd?'. In deze paragraaf worden de conclusies uit dit afstudeerproject weergegeven.

Allereerst kan gesteld worden dat de regeling in Nederland goed functioneert. Uit alle interviews met Nederlandse veldpartijen kwam een hoge mate van tevredenheid over de SOV naar voren, met uitzondering van de hoge administratieve last die erbij komt kijken. Men is blij dat er een regeling bestaat waar tevens aanpassingen in aangebracht kunnen worden indien dat wenselijk blijkt.

Een conclusie die voor zowel Duitsland als België en Zwitserland geldt, is dat alle drie de landen geen onderscheid lijken te maken in rechtmatig of onrechtmatig verblijf in dat land. In Nederland is de SOV alleen bedoeld voor personen die rechtmatig in Nederland verblijven. Zoals in het theoretisch kader uiteengezet is, is zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen expliciet uitgesloten van de SOV. Dit maakt het vergelijken van de wet- en regelgeving in Nederland, België, Duitsland en Zwitserland, gecompliceerd.

België heeft een systeem dat op veel vlakken overeenkomt met dat van Nederland: wanneer een hulpvrager onwettig in België verblijft, kan een arts een schriftelijk bewijs leveren van dringende medische hulp. Zo kan de dringende medische hulp ondanks de onwettige verblijfstatus verleend worden. De kosten hiervan worden uiteindelijk door een federale overheidsdienst betaald. Wat wel verschilt is dat België een elektronisch systeem, genaamd MediPrima, gebruikt voor alle administratie. De administratieve afhandeling laat in Nederland nog wat te wensen over; in vrijwel alle interviews werd benoemd dat de papieren afhandeling van de subsidieregeling enorm veel tijd en moeite vraagt. Het antwoord op de hoofdvraag vanuit Belgisch perspectief is dus dat Nederland nog wat kan leren van de elektronische administratie in België.

In Duitsland is de Asylbewerberleistungsgesetz (Wet op de uitkeringen voor asielzoekers) van kracht, waarin vastgelegd is waar asielzoekers recht op hebben met betrekking tot sociale en medische voorzieningen. Tevens kent Duitsland het Charité hilft (Liefdadigheid helpt), een programma dat vluchtelingen van basiszorg voorziet. Op basis van het uitgevoerde onderzoek kan geen concrete geleerde les uit Duitsland gehaald worden.

Zwitserland kent Santé Sans-Papiers (Gezondheid zonder papieren) en het CAMSCO (**Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires** - Mobiel ambulante wijkzorg consult) als regelingen voor onverzekerden. Opvallend is dat Zwitserland geen landelijk beleid heeft, maar dat er grote verschillen tussen kantons zitten. Hoewel Nederland wel landelijk beleid kent, blijkt uit interviews dat de uitvoering in de praktijk sterk verschilt. In Zwitserland is het voor personen zonder papieren mogelijk om een zorgverzekering af te sluiten. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat Nederland kan onderzoeken of het wellicht financieel aantrekkelijker is om ongedocumenteerden te verzekeren tegen een maandelijkse premie, dan op te draaien voor de volledige zorgkosten op het moment dat deze gemaakt worden. Overigens is het niet zo dat elke ongedocumenteerde in Zwitserland daadwerkelijk gebruik maakt van de mogelijkheid om een zorgverzekering af te sluiten.

Samenvattend is Nederland het juiste pad ingeslagen met de SOV, echter is er ruimte voor verbeteringen. De administratieve last kan verlaagd worden door de administratie voortaan digitaal af te handelen in plaats van de huidige papieren rompslomp. Verder zou het wenselijk zijn om de regionale verschillen in de uitvoering van de SOV te minimaliseren.

---

<sup>18</sup> Louise Oude Elferink, 'Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in internationaal perspectief', Rotterdam, juni 2021 (afstudeerscriptie Erasmus School of Health Policy and Management)

# 6. Conclusies en aanbevelingen

## 6.1 Conclusies

Wat is het maatschappelijk effect van de SOV en voldoet dit aan de beleidsdoelstelling? Dat is de hoofdvraag in deze evaluatie. Het voornaamste doel van de SOV is het wegnemen van de financiële drempel bij zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.

Het gebruik van de regeling is in de afgelopen jaren toegenomen. Zorgaanbieders weten hun weg te vinden naar de SOV waardoor de verleende zorg ook vergoed wordt. Zorgaanbieders, gemeenten en andere organisaties geven aan tevreden te zijn met de SOV. De drempel om zorg te verlenen is verlaagd doordat er zekerheid is over de financiering van de geleverde zorg. Gemeenten en maatschappelijke organisaties zijn voor een deel ook aan de slag gegaan met de regeling door ernaar te verwijzen en deze te promoten in het gebruik.

Om de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de SOV te beoordelen heeft er een kwantitatieve en kwalitatieve analyse plaatsgevonden.

Op basis van de kwantitatieve analyse kan worden geconcludeerd dat de SOV in een behoefte voorziet. De toename van het gebruik, maar ook de regionale spreiding van dit gebruik, laat zien dat via de SOV de beoogde doelgroepen worden bereikt. Het gebruik van de regeling is het hoogst in de grootstedelijke gebieden en de Brabantse regio's. Dit wordt respectievelijk verklaard door de relatief hogere aantallen dak- en thuislozen en arbeidsmigranten.

De declaraties laten zien dat de SOV voor ca. 98% wordt gebruikt door ziekenhuizen en ggz-instellingen. Dit wordt enerzijds verklaard doordat de medische behandelingen in de tweedelijnszorg duurder zijn dan zorg die in de eerstelijnszorg wordt verleend. Uit de interviews is ook gebleken dat ziekenhuizen en ggz-instellingen beter in staat zijn om een administratief proces in te richten en dat het daar lonender is om gebruik te maken van de regeling. Huisartsen en apothekers ervaren een grotere administratieve last die soms niet opweegt tegen de baten van de SOV. Het gebruik van de SOV neemt voor alle zorgsoorten toe, maar de SOV is mogelijk doeltreffender als instrument voor de tweedelijnszorg dan voor de eerstelijnszorg. Over het algemeen wordt eerstelijnszorg ook niet geweigerd wanneer iemand onverzekerd is. Op papier is de financiële drempel weggenomen, maar de vraag is of deze drempel in de eerstelijnszorg altijd zo ervaren wordt. Een meer gerichte lokale aanpak kan mogelijk doelmatiger zijn dan een generieke subsidieregeling. Beiden kunnen ook goed naast elkaar bestaan. In de praktijk zijn ook lokale aanpakken waar te nemen.

Op basis van het kwalitatieve deel kan worden geconcludeerd dat de SOV de gewenste resultaten oplevert. Zorgaanbieders zijn over het algemeen tevreden over het bestaan van de SOV en de regeling geeft zekerheid van financiering van geleverde zorg. Het werkt drempelverlagend om zorg te verlenen, zo blijkt uit de interviews. Er is echter geen data over de vraag in hoeverre het leveren van zorg sinds het bestaan van de SOV meer of minder geweigerd wordt. Er kan ook sprake zijn van een (gedeeltelijke) verschuiving van de financiering van de geleverde zorg aan onverzekerden.

Als we kijken naar de primaire doelstelling van de SOV (het wegnemen van financiële onzekerheid bij zorgaanbieders) dan wordt deze doelstelling zeker behaald. De drempel om gebruik te maken van de regeling is laag aangezien en aanbieders mogen zelf beoordelen welke medisch noodzakelijke zorg verleend moet worden. Als we meer kijken naar het maatschappelijke effect dan is deze conclusie minder hard te trekken aangezien niet kan worden beoordeeld of er ook daadwerkelijk meer zorg wordt verleend aan onverzekerden dan voor het bestaan van de SOV het geval was. Daarnaast is niet altijd duidelijk aan wie er zorg wordt verleend. Er is geen goed zicht op de doelgroepen die zorg ontvangen die wordt gefinancierd vanuit de SOV. De exponentiële groei van de regeling is mede het gevolg van het open karakter van de SOV. Tot slot is er tijdens de interviews ook aangegeven dat er in het veld toch nog aarzelingen zijn over de vraag of bepaalde zorg wordt vergoed vanuit de SOV. Dit terwijl de voorwaarden die worden gesteld niet heel erg zwaar zijn.

Wat betreft de uitvoering valt op dat de contacten tussen het veld en het ministerie en het CAK goed verlopen. Signalen worden goed opgepakt en waar mogelijk omgezet in gerichte aanpassingen. Deze open en evaluatieve opstelling wordt breed gewaardeerd en is belangrijk voor goede beleidsvorming en voor een effectieve uitvoering. Er is echter veel kritiek op de papieren rompslomp van de regeling. Het op papier versturen van de declaraties is niet van deze tijd.

Een belangrijke bijvangst van de SOV zou zijn dat op basis van de meldingen gemeenten in staat worden gesteld om onverzekerden naar een zorgverzekering toe te leiden. Hiertoe bestaat echter geen verplichting. In de praktijk slagen gemeenten hier ondanks hun inzet veelal niet in.

De doelgroepen die zorg ontvangen die wordt gefinancierd uit de SOV kampen vaak ook met bredere sociale problematiek. Als onderdeel van de bredere aanpak van personen met verward gedrag lijkt de SOV wel een belangrijk element te zijn in een sluitende keten van zorg. Het onverzekerd zijn van een persoon kan gebruikt worden als belangrijk signaal om personen op te zoeken. In voorkomende gevallen gebeurt dit ook, maar dit hangt erg af van het gemeentelijke of regionale beleid.

De regeling is gedurende de looptijd meerdere keren aangepast. Dit heeft de SOV vereenvoudigd volgens de gebruikers, maar heeft ook tot een toename in het gebruik geleid. De interactie tussen het veld, uitvoering en de beleidsmakers is goed en heeft tot effectieve aanpassingen geleid.

## 6.2 Aanbevelingen

In deze paragraaf wordt op basis van de evaluatie een aantal aanbevelingen gedaan.

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

Aanvankelijk was de SOV bedoeld voor personen met verward gedrag en dak- en thuislozen. Uit de cijfers blijkt dat het gebruik (en het budgettaire beslag) fors is toegenomen en dat ook andere doelgroepen bediend worden via deze regeling. Het gaat hierbij veelal om kwetsbare groepen, maar er is ook sprake van verleende subsidies voor zorg aan expats, buitenlandse studenten en toeristen. Kijk kritisch naar de doelgroep(en) van de regeling en in welke mate zij bereikt worden.

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

Uit de kwalitatieve analyse komt naar voren dat er soms ook wordt geweigerd zorg te verlenen aan een onverzekerde persoon. Er kunnen redenen zijn dat het toeleiden naar een zorgverzekering niet op korte termijn mogelijk is en dat er wel een dringende zorgbehoefte is. Om het probleem van zorgaanbieders die weigeren om zorg te verlenen beter in beeld te krijgen is het raadzaam om een meldpunt in te stellen waar eventuele klachten kunnen worden ingediend. Dit zou bijvoorbeeld bij het Landelijk Meldpunt Zorg kunnen worden georganiseerd.

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

De SOV is een generiek subsidie instrument waar alle zorgaanbieders gebruik van kunnen maken. Dat is een positief aspect voor wat betreft de toegankelijkheid. De praktijk wijst uit dat de zorg voor bepaalde doelgroepen ook specifiek van aard kan zijn. Een lokale aanpak waarbij gemeenten, maatschappelijke organisaties en zorgaanbieders samenwerken lijkt erg effectief. Zorg verlenen is meer dan het inleveren van een bonnetje. Commitment, het opbouwen van relaties en oprechte aandacht voor de doelgroepen zijn cruciaal.

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

De SOV is in de afgelopen jaren al een aantal keer aangepast. In veel gevallen werden na signalen uit het veld administratieve belemmeringen of belemmerende voorwaarden weggenomen. Het is goed om als VWS en CAK deze contacten te blijven onderhouden zodat de SOV voortdurend verbeterd kan worden om zodoende de beleidsdoelstelling beter te behalen. Het terugdringen van administratieve lasten mag niet ten koste gaan van de rechtmatigheid van de subsidieverlening.

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

Het CAK wordt bij de uitvoering met regelmaat geconfronteerd met zorgverleners die te goeder trouw niet melden. Afwijking van de regeling is op dit moment niet mogelijk en bij een te late melding dient de subsidieaanvraag te worden afgewezen. Door de tijdigheid van de melding los te koppelen van het recht op subsidie kan het CAK, ook indien de zorgaanbieder zorg declareert en er geen meldingsnummer is vermeld (wegens een vergissing of niet gemeld) of het meldingsnummer verlopen is, de zorgaanbieder conform de Algemene wet bestuursrecht (Awb) verzuimherstel bieden. Dit biedt ook een oplossing voor het vervallen van de verzekering met terugwerkende kracht.

#### F. Creër bij het CAK een laagdrempelige digitale vorm van communicatie voor declaraties.

Een veelgehoorde klacht gaat over het papierwerk dat in de regeling omgaat. Als de subsidieregeling wordt verlengd is het goed om na te denken over een digitaal proces. Een digitale postbus waar de stukken naar kunnen worden verstuurd kan al heel veel fysiek papierwerk (printen, inscannen, enveloppen vouwen, etc.) bij zowel de verzender als de ontvanger wegnemen.

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

Oorspronkelijk is de subsidieregeling als noodmaatregel ingevoerd. Gelet op de toegenomen omvang en de wens dat de toegang tot zorg voor kwetsbare onverzekerde groepen goed geregeld moet zijn is wettelijke verankering zoals ook het geval is bij onverzekerbare vreemdelingen aan te bevelen.

Dit kan mogelijk ook de positie van deze groep in het stelsel sterker maken, maar ook de positie van zorgaanbieders richting de subsidieverstrekker. Harmonisering van de OVV en SOV kan een nevendoelelstelling zijn van wettelijke verankering.

#### H. Communiceer helder over de voorwaarden van de SOV.

Er bestaan in het veld nog aarzelingen over de vraag of bepaalde zorg vanuit de SOV wordt vergoed, terwijl de regeling ruim is opgezet. Alle zorg die op grond van de Zvw wordt verleend komt (binnen de overige voorwaarden) in aanmerking voor de SOV. Communiceer daarom helder aan welke voorwaarden een declaratie moet voldoen.

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

De raming van de SOV is tijdens de looptijd niet robuust gebleken. De uitgaven zijn steeds naar boven bijgesteld. De omvang van de stijging is niet voorzien. Het is niet met zekerheid te stellen of de raming die voor dit en komende jaren in de begroting van VWS staat accuraat is, mede gelet op de mogelijke onderrapportage en de toenemende bekendheid van de regeling. Investeer daarom in een robuuste raming zodat er goed zicht komt op de ontwikkeling van de uitgaven.

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

De uitgaven in het kader van de SOV zijn in de afgelopen jaren sterk gestegen. Een stijging van de uitgaven werd verwacht doordat de voorwaarden voor het gebruik maken van de regeling meerdere malen is verruimd, maar de mate waarin werd niet verwacht. Hoewel de uitgaven in 2021 zich lijken te stabiliseren, is niet uitgesloten dat de stijging nog door zal zetten, aangezien de regeling bekender wordt en dat er waarschijnlijk nog sprake is van onderrapportage die boven water kan komen.

De volgende maatregelen kunnen worden overwogen:

##### 1. Invoeren van de verzekeringsplicht als voorwaarde voor het gebruik maken van de SOV voor niet spoedeisende zorg.

Aanvankelijk is voor alle zorg die gefinancierd wordt vanuit de SOV de voorwaarde van de verzekeringsplicht komen te vervallen. Dit is een belangrijke oorzaak voor de forse stijging van de uitgaven. Bij de wijziging van 2019 bleek uit de cijfers dat 60% van de reguliere niet-spoedeisende ziekenhuiszorg en 44% van de reguliere GGZ-zorg werd afgewezen omdat de verzekeringsplicht niet kon worden vastgesteld.

##### 2. Beperking van de doelgroep tot dak- en thuislozen en/of verwarde personen.

De SOV was aanvankelijk bedoeld voor de doelgroep van dak- en thuislozen en/of verwarde personen, maar de juridische formulering van 'dak- en thuislozen' of 'personen met verward gedrag' bleek juridisch niet sluitend te krijgen. De ontwikkeling van de SOV laat zien dat er ook nieuwe doelgroepen bij zijn gekomen met veelal een niet-Nederlandse achtergrond die veelal niet verzekeringsplichtig zijn, maar wel gebruik maken van zorg die uit de SOV wordt gefinancierd. Er zit ook overlap tussen de doelgroepen, zodat het afbakeningsvraagstuk hierbij blijft bestaan.



### 3. De inspanningsplicht van gemeenten om verzekeringsplichtige personen toe te leiden naar een zorgverzekering omzetten naar een resultaatsverplichting.

Uit een inventarisatie bij gemeenten en GGD'en is gebleken dat in 2019 gemiddeld 12% van onverzekerde verzekeringsplichtigen aan een verzekering kon worden geholpen (zie ook paragraaf 4.2.5). Er is dus nog ruimte om meer inzet te plegen. Een resultaatsverplichting leidt tot meer inzet door gemeenten. Een dergelijke verplichting dient gepaard te gaan met extra middelen om de taak ook goed uit te kunnen voeren.

### 4. Zorgkosten van zorg aan EU-onderdanen verhalen op het woonland.

Van 50 personen uit deze groep is door het CAK in 2020 een steekproef gedaan in 12 verschillende landen. Van 4 landen (10 declaraties) is geen bericht ontvangen. Van de andere 40 is het resultaat nihil (niet verzekerd, gegevens onvoldoende om te verifiëren). Op basis van deze steekproef is het percentage om een geslaagde vordering in te stellen zeer gering, maximaal 1%.

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

Momenteel worden de ingediende zorgkosten die aan de voorwaarden van de SOV voldoen voor 100% vergoed. Aangezien een prikkel om zorgverleners ook zoveel mogelijke kosten te laten verhalen op de gebruiker gewenst is, kan overwogen worden om het vergoedingspercentage naar beneden bij te stellen.

### 6. Bepaalde zorg uitsluiten van vergoeding.

Momenteel wordt alle zorg die medisch noodzakelijk is en onderdeel is van het basispakket op grond van de Zvw vergoed vanuit de SOV. Het is nu al mogelijk om dit te beperken, bijvoorbeeld als het gaat om cosmetische ingrepen die binnen de Zvw op de limitatieve lijst machtigingen staan. Uitbreiden met bijvoorbeeld farmaceutische zorg of paramedische zorgverlening heeft weinig financieel effect.

### 7. Een plafond aan de uitgaven stellen

Er kan overwogen worden een uitgavenplafond per jaar in te voeren. Indien het totaal van de declaraties het uitgavenplafond overschrijdt, wordt dan vastgesteld welk algemeen toekenningspercentage kan worden gehanteerd om overschrijdingen te voorkomen.

Elk van de genoemde beheersmaatregelen -behoudens de onder punt 3 en 4 genoemde- bergt wel het risico in zich dat het primaire beleidsdoel van de subsidieregeling, te weten het verstrekken van een financiële vergoeding voor verleende zorg aan onverzekerde personen zodat wordt voorkomen dat medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde wordt onthouden, wordt aangetast.

# Bijlage 1: Lijst met geïnterviewde personen

Organisatie	Naam
Apotheek Carnissehuis	Widiane Harrou
Huisartsenpraktijk van Rijn	Melanie Buiting
Huisarts/Straatdokter Eindhoven	Peter Meulesteen
Huisarts/Straatdokter Rotterdam	Marcel Slockers
Erasmus Medisch Centrum	Niels Hubert
Maasstad ziekenhuis Rotterdam	Thalita Kreefft
Rijnstate ziekenhuis Arnhem	Jeanette Langenegger en Wendy van Aalst
Haaglanden Medisch Centrum	Henk Sprenger en Desiree van Paassen
GGZ Ingeest	Karin Breijer en Robbert Tjin
GGZ Parnassiagroep	Pim Kistemaker en Rene van der Houven
Gemeente Utrecht	Ronald Smit
Gemeente Rotterdam	Diny Koster en Henk Visser
GGD Hart voor Brabant en gemeente Den Bosch	Eline van der Perk en Thea van den Bosch
CAK	Wehshaad Bholai
GGD-GHOR	Sylvia Commandeur en Annette Duenk
Valente	Rina Beers
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport	Erik van den Berg

# Bijlage 2: Interviewleidraad evaluatie SOV

## Introductie

- Naam
- Organisatie
- Functie
- Maakt uw organisatie gebruik van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden of bent u in een andere rol betrokken bij de regeling?
  - Indien ja: Wat zijn uw werkzaamheden met betrekking tot de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden?

## Hoofdvragen

- Wat is het maatschappelijk effect van de SOV en voldoet deze volgens u aan de beleidsdoelstelling?
- Hoe wordt de subsidieregeling ervaren door betrokken partijen?
- Hoe is het gesteld met de doeltreffendheid en doelmatigheid van de subsidieregeling?

## Partijen die wel gebruik maken van de regeling

### Deelvragen

- Hoe bekend is de subsidieregeling binnen uw organisatie?
- Hoe vaak maakt u gebruik van de regeling? Ervaart u de regeling als een oplossing van het financieringsprobleem? Met andere woorden, neemt deze de drempel weg om zorg te verlenen?
- Wordt elke verlening van zorg aan onverzekerde personen gemeld bij de gemeentelijke gezondheidsdienst (ggd) van uw regio?
  - Indien nee: kunt u omschrijven vanwege welke reden(en) een melding niet gedaan wordt, en in hoeveel procent van de gevallen dit gebeurt?
- Hoe ervaart u de verplichting om een melding te maken?
- Hoe ervaart u de afwikkeling van de meldingen?
- Hoe ervaart u het CAK bij de uitvoering van de subsidieregeling?
- Hoe wordt er in uw organisatie onderscheid gemaakt tussen een onverzekerde verzekeringsplichtige en een onverzekerbare vreemdeling?
  - Hoe goed denkt u dat uw organisatie dit onderscheid maakt?

### Verdieping

- Wat zijn de belangrijkste voor- en nadelen van de huidige regeling?
- De regeling is in de afgelopen jaren regelmatig aangepast (verruimd). Hoe ervaart u die verruiming? Zorgen de aanpassingen voor onrust of juist voor oplossingen?
- Wat is voor u het grootste obstakel in het gebruik van de subsidieregeling?
- Hoe zou het eerder benoemde obstakel voor u verholpen kunnen worden?
- Denkt u dat een alternatieve financiering voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden een betere optie is? Indien ja, hoe ziet dit alternatief eruit?

### De huidige regeling

- Is er genoeg tijd om een melding te maken bij de gemeentelijke gezondheidsdienst van uw regio?
- Is het duidelijk voor welke personen een subsidieaanvraag ingediend kan worden?
- Is het duidelijk voor welke medische handelingen een subsidieaanvraag ingediend kan worden?
- Hoe ervaart u het maken van een melding via het formulier op [www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl](http://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl)?
- Wat vindt u van de hoogte van de vergoeding?
- Wat vindt u van de besluittermijn van dertien weken die de minister heeft?
- Wat vindt u van de definitie van medisch noodzakelijke zorg – en dus alle medische handelingen die voor subsidie in aanmerking komen?
- Ziet u graag wijzigingen in de subsidieregeling en zo ja, welke?

## Partijen die geen gebruik maken van de regeling

### Deelvragen

- Bent u bekend met de subsidieregeling?
- Wat is/zijn de reden(en) dat uw organisatie geen gebruik maakt van de subsidieregeling?
- Wat zou er moeten gebeuren, waardoor uw organisatie wel gebruik zou gaan maken van de regeling?
- Hoe kan de overheid hierin ondersteunen?

## Gemeenten/GGD

### Deelvragen

- Hoeveel procent van de meldingen die uw organisatie van de gemeentelijke gezondheidsdienst ontvangt, wordt daadwerkelijk opgevolgd?
- Hoe ziet de opvolging van een melding eruit?
- Welke maatschappelijke organisaties worden betrokken bij het benaderen van onverzekerde personen?
- Wat is de rol van deze organisaties in de benadering van onverzekerde personen?
- Wat is de aanpak van uw organisatie bij het benaderen van onverzekerde personen?
- Welke obstakels ervaart uw organisatie bij het opvolgen van een melding?
- Hoe vaak lukt het om onverzekerde personen te bewegen om een verzekering af te sluiten?
- Op welke manier is uw organisatie gebaat bij de subsidieregeling en de meldingen die daaruit voortkomen?
- Ziet u graag wijzigingen in de subsidieregeling en zo ja, welke?

## CAK

### Deelvragen

- Welke aspecten van de subsidieregeling worden binnen uw organisatie als positief ervaren?
- Welke aspecten van de subsidieregeling worden binnen uw organisatie als negatief ervaren?
- Welke aanpassing in de regeling zou ervoor zorgen dat uw organisatie op een betere wijze te werk kan gaan?
- Denkt u dat een alternatieve financiering voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden een betere optie is? Zo ja, hoe ziet dit alternatief eruit?

## GGD-GHOR

### Deelvragen

- Welke positieve signalen hoort u van de gemeentelijke gezondheidsdiensten over de subsidieregeling?
- Welke negatieve signalen hoort u van de gemeentelijke gezondheidsdiensten over de subsidieregeling?
- Wat zou volgens u een goede aanpassing zijn in de regeling?

Denkt u dat een alternatieve financiering voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden een betere optie is? Zo ja, hoe ziet dit alternatief eruit?

# Bijlage 3: Beschouwing onafhankelijke deskundige van Zorgvuldig Advies

**Aan:**

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. de heer Leon de Wit

Geachte heer De Wit, beste Leon,

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden voorziet sinds 1 maart 2017 in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen.

Het ministerie van VWS voert in eigen beheer een evaluatie uit van deze subsidieregeling, conform de wettelijke bepalingen daaromtrent. In aanvulling op de expertise binnen het ministerie en een klankbordgroep met deskundigen, is vastgelegd dat bij de evaluatie een externe onafhankelijk deskundige betrokken wordt. Deze brief bevat mijn oordeel over het onderzoek en het (concept) eindrapport.

**Proces, vraagstelling en methode**

Ik heb met plezier deelgenomen aan de bijeenkomsten van de klankbordgroep en alle ter beschikking gestelde documenten zorgvuldig doorgenomen en van commentaar voorzien. Alle vergaderstukken werden tijdig verspreid, de bijeenkomsten waren zonder uitzondering constructief, en de contacten verliepen in een goede sfeer. De evaluatie is uitgevoerd door een gemotiveerd team dat zorgvuldig en conform planning het evaluatieproces doorlopen heeft.

De doel- en vraagstelling zijn bij de startbijeenkomst besproken. De hoofdvraag is “Wat is het maatschappelijk effect van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden en voldoet dit aan de beleidsdoelstelling?”

Er is een passende onderzoeksmethode gehanteerd, waarbij u bureauonderzoek en interviews heeft uitgevoerd, waarmee kwalitatief en kwantitatief onderzoek zijn gecombineerd. Er was ruimte voor aanvullen van de lijst respondenten. Zo konden we bewaken dat het onderzoek een passende respons zou hebben én dat bevindingen enigszins representatief waren. Tegelijkertijd is de doelgroep van de subsidieregeling en de verleende zorg op basis van de regeling dermate divers, dat noodgedwongen soms sprake is van signalen.

Een terugkerend aandachtspunt is de afbakening van de doelgroep en de exacte definitie van een aantal kernbegrippen. Het betreft een regeling voor onverzekerden, maar aanvankelijk was de doelgroep beperkt tot verzekeringsplichtige personen. De mate waarin een verzekeringsplicht kan worden vastgesteld is echter onduidelijk, en mede daardoor is er geen scherpe afbakening en mogelijk overlap met de regeling voor (eveneens onverzekerde) illegalen en onverzekerbare vreemdelingen.

### **Analyse en duiding van resultaten**

De analyse van zowel het kwantitatieve als het kwalitatieve materiaal is zorgvuldig uitgevoerd. Waar nodig zijn bevindingen toegelicht. Bronnen zijn niet altijd goed herleidbaar, terwijl die nadere uitwerking vooral bij bevindingen uit interviews, relevant kan zijn. Het maakt immers nogal verschil of een zorgaanbieder, bijvoorbeeld een straatdokter of ziekenhuis, aangeeft dat er aarzelingen zijn bij doorverwijzingen, of dat een GGD of gemeente deze observatie heeft. Tegelijkertijd: de conclusies zijn herkenbaar, herleidbaar en logisch. De regeling voorziet in een behoefte, partijen weten de regeling steeds beter te vinden, en de zekerheid over financiering verlaagt de drempel om (noodzakelijke) zorg te verlenen.

### **Rapportage**

De rapportage geeft een goede weergave van het uitgevoerde onderzoek. In een laatste ronde zijn “verhalen uit de praktijk” toegevoegd. Het heeft meerwaarde om dit te lezen, naast de tekst over beleid, systeem en techniek. Het is immers een vrij technisch onderwerp, en casuïstiek zorgt ervoor dat de regeling een menselijk gezicht krijgt en het lezen van een dergelijke evaluatierapportage toegankelijker wordt.

Door de gekozen opbouw van de rapportage, worden alle deelvragen in de afzonderlijke hoofdstukken beantwoord, en bevat de conclusie een heldere beantwoording van de hoofdvraag. De aanbevelingen zijn helder en vloeien logisch voort uit de analyse en conclusies. Ik steun de bevindingen en aanbevelingen van harte.

Ik dank de onderzoekers voor hun werkzaamheden, wens de lezer veel leesplezier, en spreek de hoop en verwachting uit dat beleidsmakers met deze evaluatie in de hand hun voordeel zullen doen, zodat de medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden een passende financiering kan blijven ontvangen.

Piet de Bekker  
Partner Zorgvuldig Advies

# Bijlage 4: Integrale tekst van de Subsidieregeling 2017-2019

De onderstaande tekst is samengesteld uit de verschillende versies van de subsidieregeling zoals deze in de Staatscourant zijn gepubliceerd.

Het is de integrale tekst van de regeling zoals deze luidt vanaf 1 maart 2019.

24 februari 2017	Stcrt. 2017, nr. 10332	inwerkingtreding 1 maart 2017
28 februari 2018	Stcrt. 2018, nr. 7636	inwerkingtreding 1 maart 2018
14 februari 2019	Stcrt. 2019, nr. 9630	inwerkingtreding 1 maart 2019

---

*Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 1 maart 2019 houdende regels voor de subsidieverstrekking aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden)*

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

Besluit:

## **Artikel 1**

In deze regeling wordt verstaan onder: *minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

## **Artikel 2**

Op deze regeling is de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS niet van toepassing.

## **Artikel 3**

1. De minister kan subsidie verstrekken aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een persoon, niet zijnde een vreemdeling als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, die niet verzekerd is of waarvan de verzekering niet is vast te stellen.
2. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet met uitzondering van krachtens die wet uitgesloten vormen van zorg of diensten, en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de zorg, medisch noodzakelijk acht.
3. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt voor zover zorgaanbieders als gevolg van het verlenen van die zorg inkomsten derven.
4. Geen subsidie wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg:
  - a. op de onverzekerde persoon, bedoeld in het eerste lid, kunnen worden verhaald,
  - b. op grond van een andere wettelijke regeling kunnen worden vergoed of
  - c. hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.
5. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt indien de zorgaanbieder van het verlenen van zorg aan een onverzekerde persoon binnen zeven dagen volgende op de dag dat de zorg is verleend melding heeft gedaan aan de gemeentelijke geneeskundige dienst in de regio van de zorgaanbieder.
6. Indien binnen een tijdsbestek van één maand bij eenzelfde onverzekerde persoon medisch noodzakelijke zorg wordt verleend kan een zorgaanbieder volstaan met een melding als bedoeld in het vijfde lid, van de eerste verrichte zorghandeling.

7. Een melding als bedoeld in het vijfde lid wordt verondersteld tijdig te zijn gedaan, indien uit de verzekerdenadministratie, dan wel uit de administratie van de zorgaanbieder, blijkt dat op de dag dat de zorg werd verleend, deze persoon verzekerd was, maar nadien de ingangs- of einddatum van de desbetreffende verzekering op een andere datum is vastgesteld en deze persoon achteraf niet verzekerd blijkt te zijn geweest op de dag dat de zorg werd verleend.
8. Voor de melding wordt een door de minister vastgesteld formulier gebruikt. De melding wordt zo mogelijk elektronisch ingediend via het portaal [www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl](http://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl).
9. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt indien de zorgaanbieder met de Staat een overeenkomst sluit waarbij de Staat hem belast met en hij zich verplicht tot het verrichten van de dienst van algemeen economisch belang, bedoeld in artikel 4.

#### **Artikel 4**

Het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde verzekeringsplichtige wordt aangewezen als een dienst van algemeen economisch belang in de zin van artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie.

#### **Artikel 5**

De subsidie bedraagt 100 % van de kosten van de verleende zorg voor zover deze kosten niet op grond van artikel 3, vierde lid, zijn of kunnen worden betaald of buiten beschouwing dienen te blijven.

#### **Artikel 6**

1. De subsidie wordt op aanvraag verstrekt.
2. De subsidie wordt niet verstrekt voorafgaand aan de periode waarvoor de subsidie wordt aangevraagd.
3. De subsidie wordt, tenzij sprake is van zorg die op basis van een diagnose-behandelcombinatie wordt verleend, per kwartaal verstrekt. De subsidietijdvakken lopen van:
  - a. 1 maart 2017 tot en met 31 maart 2017;
  - b. 1 januari tot en met 31 maart, 1 april tot en met 30 juni, 1 juli tot en met 30 september en 1 oktober tot en met 31 december van enig jaar.
4. De aanvraag wordt ingediend uiterlijk twaalf maanden na afloop van het kwartaal waarin de medisch noodzakelijke zorg is verleend dan wel indien het gaat om zorg die verleend is in een ziekenhuis of een ggz-instelling uiterlijk twaalf maanden na afloop van het kwartaal waarin de desbetreffende diagnose-behandelcombinatie is gesloten.
5. Voor de aanvraag wordt een door de minister vastgesteld formulier gebruikt.
6. Bij de aanvraag worden de volgende gegevens verstrekt:
  - a. de beschrijving van de aan de onverzekerde persoon geleverde zorg;
  - b. het voor de verleende zorg in rekening gebrachte tarief;
  - c. de in verband met het in rekening gebrachte tarief ontvangen betalingen of vergoedingen van de onverzekerde persoon of derden;
  - d. het burgerservicenummer van de onverzekerde persoon;
  - e. naam, geslacht, geboortedatum en nationaliteit van de onverzekerde persoon;
  - f. de datum van de verleende zorg en -indien er sprake is van een diagnose-behandelcombinatie- de datum van opening en sluiting ervan;
  - g. het registratienummer en de datum van de melding aan de gemeentelijke geneeskundige dienst;
  - h. in geval van meerdere zorghandelingen binnen een tijdsbestek van één maand, bedoeld in artikel 3, zesde lid, het meldingsnummer van de bij de desbetreffende persoon verrichte eerste zorghandeling.
7. Indien de subsidieaanvrager de toestemming die noodzakelijk is voor de verwerking van de in het zesde lid, onder e, bedoelde gegevens niet heeft kunnen verkrijgen, worden in plaats van deze gegevens de leeftijd of het geboortjaar, de initialen, de nationaliteit en het geslacht van de onverzekerde persoon verstrekt.
8. De aanvraag wordt ondertekend door de aanvrager of door een persoon die bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen.



**Artikel 7**

1. De minister geeft binnen dertien weken na ontvangst van de aanvraag een beschikking tot vaststelling van de subsidie.
2. Het besluit tot vaststelling van de subsidie vermeldt het bedrag van de subsidie.
3. De minister betaalt het bedrag van de subsidie in één keer.

**Artikel 8**

De subsidieontvanger werkt, onder meer door het verschaffen van de daartoe benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden, mee aan door of namens de minister ingesteld onderzoek dat erop is gericht de minister inlichtingen te verschaffen die van belang zijn voor:

- a. het nemen van een besluit over het verstrekken van de subsidie, of
- b. de ontwikkeling van het beleid van de minister.

**Artikel 9**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 maart 2019 en werkt ten aanzien van artikel I, onderdelen A, B, onder 1 en 4, C, en D, onder 3, terug tot en met 1 maart 2018.

**Artikel 10**

Deze regeling wordt aangehaald als: Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis

**Dit is een uitgave van**  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**Postadres**

Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag  
Telefoon 070 340 79 11  
[www.rijksoverheid.nl/vws](http://www.rijksoverheid.nl/vws)

augustus 2021