

Medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering in de regio Rotterdam-Rijnmond

Een evaluatiestudie

Sophie van Dongen, Judith Rietjens, Elsa Fluks, Pim Steens, Dieuwertje Wallaart, Ed van Beeck
Erasmus MC, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg
Contact: s.i.vandongen@erasmusmc.nl

Juli 2023



Inhoudsopgave	pagina
Samenvatting	3
Infographic	12
1. Aanleiding	13
2. Onderzoeksvragen	16
3. Methoden	17
4. Resultaten	20
5. Conclusies en aanbevelingen	67
Referenties	81

Samenvatting

Aanleiding

Het signaal van straatdokters in de grote steden over een toename van het aantal onverzekerde mensen die niet of onvoldoende toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg was voor de gemeente Rotterdam de aanleiding om de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum een evaluatieonderzoek te laten uitvoeren naar de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) in de regio Rotterdam-Rijnmond. De SOV is in 2017 ingesteld en sindsdien een aantal malen herzien ter bevordering van de toegankelijkheid en het gebruikseenvoud. Anno 2023 is de SOV van toepassing op alle personen zonder zorgverzekering die rechtmatig in Nederland verblijven, onder wie personen met verward gedrag, dak- en thuislozen, EU-arbeidsmigranten, buitenlandse studenten, expats en toeristen. De Subsidieregeling beoogt te voorzien in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering. Om deze onverzekerde mensen te kunnen toeleiden naar een zorgverzekering en – vanwege vaak aanwezige meervoudige problematiek – maatschappelijke ondersteuning, was er aan de SOV tot 1 augustus 2022 een meldplicht gekoppeld (die met terugwerkende kracht tot 1 maart 2022 is komen te vervallen).

Onderzoeksvragen

De overkoepelende onderzoeksvragen die in dit onderzoek zijn gesteld luiden als volgt:

1. **Hoe wordt de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt en hoe effectief en doelmatig is dit gebruik?**
2. **Welke ervaringen en opvattingen hebben belanghebbenden/ stakeholders m.b.t. de SOV?**

Methoden

Het onderzoek (inclusief verslaglegging) is uitgevoerd in de periode september 2021 - juni 2023. Voor de uitwerking van onderzoeksvraag 1 is vooral gebruik gemaakt van kwantitatieve methoden, zoals analyse van beschikbare databronnen.

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 2 is vooral gebruik gemaakt van kwalitatieve methoden zoals interviews/stakeholderbevraging (face-to-face, telefonisch en per e-mail) en inventarisatie van beschikbare (grijze) literatuur (zie deelrapport '**Wetenschappelijke onderbouwing**').

Resultaten

De resultaten worden beschreven aan de hand van de route die onverzekerde mensen uit de SOV-patiëntenpopulatie moeten doorlopen (zie onderstaande Infographic). In een tweede versie van deze **Infographic** is tevens weergegeven waar op deze route zich knelpunten voordoen.

Ruimte voor verbetering: de route naar zorg en ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering

Evaluatie van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) in de regio Rotterdam-Rijnmond

Hoe geven we goede zorg en ondersteuning aan mensen zonder zorgverzekering? De SOV en de bijbehorende meldplicht (voorlopig afgeschaft) zouden de zorg moeten verbeteren, maar dat lukt niet altijd.



Mensen zonder zorgverzekering

Het aantal mensen zonder zorgverzekering voor wie in het kader van medisch noodzakelijke zorg een beroep is gedaan op de SOV is gedurende de periode 2017-2022 toegenomen, zowel in Nederland als in de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit blijkt voor de regio uit het toegenomen aantal meldingen (van 1.133 in 2018 naar 2.957 in 2021; respectievelijk 13% en 27% van het totaal in Nederland), het toegenomen aantal declaraties/ subsidieverzoeken (van 127 in 2017 naar 4.217 in 2022 (t/m 30 september)), en de stijgende subsidie-uitgaven (van ca. 18.000 euro in 2017 naar bijna 4 miljoen euro in 2021). De gemiddelde leeftijd van de aangemelde gevallen was ongeveer 40 jaar; deze is over de jaren vrij constant gebleven, hoewel het aantal jongeren (<18 jaar) en ouderen (>60 jaar) iets lijkt te zijn gestegen. Iets meer dan twee derde van de meldingen betrof mannen, maar het aandeel van vrouwen is langzaam maar zeker toegenomen. Stakeholderbevraging duidt eveneens op veranderingen in zowel de omvang als de samenstelling van de SOV-patiëntenpopulatie in de regio Rotterdam-Rijnmond: naast een toename van jongeren, signaleerden zorgmedewerkers en maatschappelijk hulpverleners een groeiend aantal mensen met een niet-Nederlandse nationaliteit, (gewezen) arbeidsmigranten, bankslapers en economisch dak- en thuislozen. Verklaringen voor de toename en veranderde samenstelling van de SOV-patiëntenpopulatie waren tweeledig. Enerzijds werd verwezen naar de herhaaldelijke versoepelingen van de SOV-criteria na maart 2018 (o.a. vervallen van de voorwaarde van verzekeringsplicht en de tijdelijke openstelling voor vluchtelingen uit Oekraïne). Anderzijds werd geconstateerd dat het probleem waarvoor de SOV soelaas dient te bieden is gegroeid; het aantal zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering is in de afgelopen jaren steeds verder toegenomen. Hierbij werd gerefereerd aan de wijziging in de Zorgverzekeringswet, waardoor mensen uit de zorgverzekering worden gezet bij verlies van adres, en diverse andere maatschappelijke ontwikkelingen, waaronder de woningnood, de coronacrisis, de oorlog in Oekraïne, de energiecrisis en de economische inflatie.

Zorgmijding bij onverzekerde

Mensen zonder zorgverzekering blijken vaak ook andere problemen te hebben, zoals problemen met huisvesting, schulden, relatie(s), werk, gezondheid en verward gedrag. Naast deze multiproblematiek resulteren onder andere ervaren stigma's en schaamte, en het idee dat medische zorg bij onverzekerde niet mogelijk is, vaak in een uitgestelde zorgvraag. Uitstel van zorg leidt op termijn veelal tot duurdere zorg, met soms ook irreversibele gezondheidsschade en veiligheidsproblemen voor de samenleving als gevolg. Veel onverzekerde zorgbehoeftigen kennen de SOV niet en weten dus ook niet dat hun zorgverleners er een beroep op kunnen doen.

Hulpverleners in het veld en aan de zijlijn – bekendheid met de Subsidieregeling

Ondanks de toename in gebruik blijkt de SOV bij veel hulpverleners nog altijd onvoldoende bekend. Dit geldt met name voor de 'hulpverleners aan de zijlijn', zoals maatschappelijk werkers van organisaties en gemeentelijke teams die zich niet primair met (medische zorg bij) onverzekerde bezighouden. 'Hulpverleners in het veld', onder wie straatdokters, straatverpleegkundigen en maatschappelijk werkers van daklozenvoorzieningen, voelen hierdoor de verantwoordelijkheid om andere zorginstanties op de SOV te wijzen. Onder reguliere medisch zorgverleners, zoals huisartsen,

is de bekendheid als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen (o.a. tijdelijke openstelling van de SOV voor vluchtelingen uit Oekraïne) wel gegroeid, maar nog altijd niet toereikend. In de grotere SRZ-ziekenhuizen is de financiële administratie geregeld op centraal niveau; hier volstaat globale informatie voor zorgverleners op de werkvloer. Zorgmedewerkers en maatschappelijk hulpverleners zijn positief over de verlaging van de administratieve lasten bij melding en declaratie. Een deel van hen is tegelijkertijd ook huiverig voor verdere versoepelingen en het publiekelijk verspreiden van detaill kennis over de SOV, dit vanwege veronderstelde risico's op oneigenlijk gebruik (door zowel zorgmedewerkers als patiënten) en 'medisch toerisme'.

Zorgverlening door zorginstanties

In de periode 2018-2022 zijn in het kader van de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond meldingen gedaan vanuit 106 verschillende zorgorganisaties, die zijn onderverdeeld in 15 verschillende zorgcategorieën. Bijna 70% van de meldingen is gedaan door ziekenhuizen. Het aandeel van meldingen door GGZ-instellingen is afgenomen (10% in 2019; ca. 1% in 2022). Het aandeel van apotheken is juist toegenomen (10% in 2019; 32% in 2022). Opvallend weinig meldingen (<5%) kwamen vanuit onder meer de huisartsenzorg, paramedische zorg, tandheelkundige zorg, geriatrische zorg en revalidatiezorg. In dit verband is de voorwaarde van 'medische noodzakelijkheid' een punt van discussie. Zo kan revalidatiezorg bekostigd worden vanuit de SOV, maar doen revalidatiecentra vooralsnog toch nauwelijks een beroep op de Subsidieregeling. Interviews duiden op verschillen in interpretatie en uitvoering van de SOV tussen organisaties, en het doorschuiven van (veronderstelde) verantwoordelijkheden of juist initiatief nemen hierin. In het verlengde hiervan stelden een aantal professionals dat onnodig doorverwijzen, en ook uitstellen en zelfs weigeren van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering nog steeds voorkomen.

Meldplicht en geconstateerde knelpunten in de meldprocedure

Ten aanzien van het traject 'zorginstantie meldt zorg aan GGD GHOR' (zie [Infographic](#)), waarna de GGD GHOR de melding doorzet naar een regionaal Meldpunt Onverzekerden Zorg (i.c. Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam-Rijnmond; inmiddels onderdeel van het geïntegreerde Meldpunt Zorgen om een Ander), heeft het onderzoek een aantal knelpunten met betrekking tot de meldingen aan het licht gebracht.

In de eerste plaats valt op dat er grote discrepantie en dus geringe consistentie bestaat tussen de aantallen Meldpunt-registraties en de eigen registraties van SRZ-ziekenhuizen. Afhankelijk van het specifieke ziekenhuis is slechts 12% tot 80% van de onverzekerde gevallen uit een ziekenhuisregistratie terug te vinden in de Meldpunt-registratie.

In de tweede plaats bemoeilijken voortdurende wijzigingen in de (wettelijke) procedures en taken van het Meldpunt Onverzekerden Zorg (o.a. tijdelijke stop in de verwerking van meldingen) een longitudinale analyse van het geregistreerde aantal meldingen. Opmerkelijk in dit verband is dat in de loop der tijd steeds meer meldingen geclassificeerd zijn als 'onverzekerbaar' (35% in 2018; 60 à 80% in 2019-2021), of 'niet in behandeling genomen' (65% in eerste deel 2022).

Wat betreft de inhoud van de meldingen is geconstateerd dat zorgverleners het Burgerservicenummer (BSN) van de onverzekerde patiënt in de loop der tijd steeds minder vaak

hebben aangeleverd (ca. 80% in 2018; ca. 43% in eerste helft 2022); hetzelfde geldt voor de achternaam. Aan de onverzekerde patiënt lijkt slechts incidenteel toestemming voor de melding te zijn gevraagd. Met het oog op een succesvolle herinvoering/ voortzetting van de procedure zijn vooral het BSN, de achternaam en de geboortedatum van de patiënt cruciale kenmerken, aangezien het Meldpunt ofwel het BSN ofwel de geboortedatum in combinatie met de achternaam van de aangemelde persoon nodig heeft om vervolgactie te kunnen ondernemen, te weten het opzoeken van deze persoon in de Basisregistratie Personen (BRP) en het vervolgens controleren van de zorgverzekeringsstatus (VeCoZo-check), om de aangemelde persoon indien mogelijk middels een brief te wijzen op de zorgverzekeringsplicht en de beschikbare hulp bij het weer verzekerd raken.

Verwerking van de meldingen door het Meldpunt en aanvragen maatschappelijke ondersteuning

Op basis van een steekproef (ca. 10% per jaargang) van als ‘verzekerbaar’ geclassificeerde meldingen, bleek op de peildata (tussen 17 mei 2022 en 1 augustus 2022) ca. 23-89% (wisselende percentages per jaar) alsnog verzekerd te zijn. Voor ca. 13-30% was dat overigens bij nader inzien ook reeds het geval op de datum van melding. Het weer verzekerd raken na een melding van onverzekerde status is in de loop van de tijd steeds sneller gebeurd. Op basis van de beschikbare cijfers is niet te zeggen in hoeverre het weer verzekerd raken samenhangt met de inspanningen van het Meldpunt.

De voornaamste taak van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg is het versturen van een brief (per post; Nederlandstalig) om aangemelde personen te wijzen op de zorgverzekeringsplicht en hen door te verwijzen naar de Vraagwijzer (voor maatschappelijke ondersteuning) in hun postcodegebied. Veel geïnterviewden trokken de effectiviteit, doelmatigheid en wenselijkheid van deze procedure in twijfel. Deze twijfels werden onder meer als volgt geuit: *‘Is dit de juiste manier om verzekeringsplichtige personen zonder zorgverzekering te bereiken?’* en: *‘Is dit de juiste manier om deze mensen daadwerkelijk te helpen?’*. De eerste hiaten doen zich al gelijk na melding voor: de door zorgmedewerkers aangeleverde gegevens blijken in veel gevallen onvoldoende persoonsgegevens te bevatten (N.B.: voor zorgverleners zijn volledigheid en kwaliteit van melding geen voorwaarde om een beroep te kunnen doen op de SOV), of niet te kloppen (bijvoorbeeld wanneer zorgmedewerkers ‘voor de zekerheid’ en daardoor onnodig melden; dit hangt samen met o.a. de beperkte meldtermijn, administratieve lasten, onvoldoende of gedateerde kennis van de SOV, en onvoldoende zicht op onverzekerdenpopulaties als gevolg van gebrekkige informatiesystemen). Feitelijk gezien kan het Meldpunt niets met ontoereikende en onnodige meldingen, maar *‘het kost wel allemaal tijd natuurlijk om die te verwerken en te beoordelen als niet verzekerbaar’*. Meer in het algemeen werd de beoordelingsprocedure voor meldingen ervaren als moeilijk werkbaar (want handmatig, tijdrovend, saai en foutgevoelig). Respondenten plaatsten daarnaast vraagtekens bij de schriftelijke aanschrijfprocedure voor meldingen die na beoordeling wél bruikbaar (b)lijken: ze ventileerden vermoedens dat zowel de brieven als de boodschap van deze brieven de SOV-doelgroep onvoldoende bereiken. Behalve ineffectief en ondoelmatig werd de brievenprocedure hierom ook als discutabel en voor uitvoerders als weinig bevredigend of motiverend beschouwd; de gehanteerde werkwijze zou *‘mensen verder de schulden en stress injagen’* en past wellicht niet helemaal binnen de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente, die *‘weliswaar een plicht heeft om voor kwetsbare burgers te zorgen, maar niet om hun verzekeringsplicht te controleren’*. Ook andere

medisch en maatschappelijk hulp- en zorgverleners gaven aan meer vertrouwen te hebben in het bellen of opzoeken van gemelde mensen om hen te vragen hoe ze het beste geholpen zouden kunnen worden. Overigens sturen het CAK (in het kader van de Regeling onverzekerden) en het team Vroegopsporing van de gemeente Rotterdam (mogelijk in het kader van schuldenproblematiek) eveneens brieven aan verzekeringsplichtige personen zonder zorgverzekering en geven ook zij aan dat die doelgroep moeilijk per post te bereiken is. Los van de meldplicht ervaren maatschappelijk hulpverleners in de regio Rotterdam-Rijnmond momenteel onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming over rollen en verantwoordelijkheden in de maatschappelijke ondersteuning van zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering.

Onverzekerde persoon regelt zelf zorgverzekering

Het ontberen van een zorgverzekering is lang niet altijd een keuze; in veel gevallen is het een onverhoopt gevolg van (een opeenstapeling van) andere problemen. Ook het weer verzekerd raken lukt vanwege deze multiproblematiek vaak niet zelfstandig en wordt verder bemoeilijkt door vicieuze cirkels waarin onverzekerde patiënten belanden: voor de aanvraag van het ene document (zoals bankpas, identiteitsbewijs, BSN, en bewijzen van Digitale Identiteit (DigiD), inschrijfadres, vaste slaapplek in een opvang, registratie in de BRP, zorgverzekering en bijstand) is weer een ander document nodig en vice versa (*'een oorlog van papieren'*) en het regelen hiervan wordt ontmoedigd door onder meer beperkte financiële en/of logistieke middelen, beperkte communicatieve, schriftelijke en/of digitale vaardigheden, gebrek aan kennis over de mogelijkheden, ervaren stigma, schaamte en uitzichtloosheid, en mentale problemen. Gemeentelijke vervolgotrajecten bieden lang niet altijd soelaas: veel onverzekerde patiënten hebben het gevoel door instanties *'van het kastje naar de muur'* te worden gestuurd. Interviews maken duidelijk welke gevolgen het ontberen of verliezen van een briefadres kan hebben (bijvoorbeeld: het vrijwel onmiddellijk kwijtraken van de zorgverzekering, ook als er nog wel premie wordt betaald). Er is meer bekendheid nodig over het belang van een briefadres voor het kunnen afsluiten en behouden van een zorgverzekering (sinds 2014 vereist), met name bij de SOV-doelgroep zelf. Toetsing van de verzekeringsplicht en het ondernemen van vervolgtacties gebeurt aan de hand van de *'Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht (versie 2021)'*, opgesteld door de SVB, het CAK, de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorgverzekeraars Nederland. Volgens de zorgverzekeraars zou het ontbreken van een gemeentelijk briefadres het afsluiten van een zorgverzekering overigens niet in de weg hoeven staan, omdat op basis van een optie in de zojuist genoemde richtlijn tegemoet kan worden komen aan het zogeheten verwijtbaarheids criterium. De betreffende verklaring (voor het ontbreken van verwijtbaarheid voor het niet hebben van een briefadres) wordt volgens de organisaties die deze kunnen afgeven echter nooit aangevraagd.

Zorginstantie declareert zorg bij CAK

In de loop der jaren is er niet alleen sprake geweest van een toename van het aantal meldingen, maar ook van het aantal declaraties door zorgmedewerkers en zorginstellingen, zowel regionaal (Rotterdam-Rijnmond) als landelijk. In de periode 2018-2020 varieerde het percentage declaraties voor de regio Rotterdam-Rijnmond tussen 15 en 20% van het totale aantal meldingen in Nederland.

Zorgadministratiemedewerkers van ziekenhuizen gaven aan het vervelend te vinden dat de inspanningsverplichting om te pogen kosten op patiënten zelf te verhalen vaak niet bekend is bij collega's van andere organisaties, waardoor zij zich voor een moreel dilemma geplaatst zien. Dat ziekenhuizen voorschotten en eigen bijdragen vragen van patiënten zonder zorgverzekering komt weliswaar voort uit de overeengekomen inspanningsverplichting (om misbruik van de regeling terug te dringen), maar blijkt ten dele toch ook ingegeven door financiële onzekerheid.

CAK regelt vergoeding uit subsidie

Melding bij de GGD GHOR gold vanaf de start van de SOV als pertinente voorwaarde voor honorering van een subsidieaanvraag, maar deze voorwaarde is met ingang van 1 augustus 2022 komen te vervallen voor zorg geleverd na 1 maart 2022.

In het licht van het aantal meldingen zijn de uitgaven in Rotterdam-Rijnmond laag ten opzichte van de landelijke uitgaven, al is er wel sprake van een stijging van het aandeel (ruim 2% van de totale landelijke kosten in 2017; bijna 15% in 2020). De beschikbare cijfers suggereren dat de SOV in Rotterdam-Rijnmond vaker dan elders in Nederland ingezet wordt voor minder kostbare medisch noodzakelijke zorg. Overigens zijn de uitgaven zowel in Rotterdam-Rijnmond als in heel Nederland tussen 2017 en 2020 fors gestegen. Vanaf 2021 lijkt er, in Rotterdam-Rijnmond althans, sprake te zijn van een stabilisatie. Over de periode 2018-2021 is de verhouding tussen meldingen en subsidieverzoeken in Rotterdam-Rijnmond ongeveer 60% (38% in 2018/2019; 78% in 2020), waarbij één-op-één vergelijking tussen het aantal meldingen en het aantal subsidieverzoeken eigenlijk niet dient te worden gemaakt, omdat er aan één meldnummer meerdere declaraties gekoppeld kunnen zijn. De Rotterdamse subsidieverzoeken werden over de jaren in toenemende mate gehonoreerd (gemiddeld ca. 75%). Over de verslagperiode werden bijna 1.500 subsidieverzoeken niet gehonoreerd. Er waren bijna 50 verschillende redenen voor afwijzing, met als meest voorkomende (ruim 60%): geen melding (bij GGD GHOR) binnen 7 dagen na zorgverlening; bij nader inzien Zwv-verzekerd op de zorgdatum; geen reactie op verzoek om aanvullende gegevens bij de subsidieaanvraag; vervallen van meldnummer binnen 1 maand; geen aanvraag van subsidie voor oninbare kosten binnen 3 maanden na afloop van het kwartaal van zorgverlening. In verschillende fasen van het proces blijkt het dus te kunnen misgaan: de zorgverlening als zodanig (o.a. verleende zorg betrof geen Zwv-basispakketzorg; ca. 1%), de check van de verzekeringsstatus (ca. 22%), de melding van onverzekerdeheid (o.a. melding niet binnen meldtermijn; ca. 30%), en de declaratieprocedure (o.a. onvoldoende gegevens aangeleverd; ca. 47%). In de loop van 2022 was er een verschuiving in de redenen voor afwijzing waarneembaar (o.a. relatief meer afwijzingen vanwege geconstateerde fouten in de zorgverlening; ca. 17%, en minder afwijzingen vanwege fouten bij de controle van de verzekeringsstatus; ca. 11%).

In de periode 2017 (v.a. maart) - 2022 (t/m september) is door het CAK in totaal ruim €14.000.000 aan vergoedingen (gehonoreerde subsidieaanvragen) uitgekeerd aan zorgverleners en zorginstellingen in de regio Rotterdam-Rijnmond. Vooral tussen 2019 en 2020 was er een sterke toename van het volume van de uitgekeerde bedragen. In de hele periode 2017-2022 had van alle uitgekeerde bedragen 36% betrekking op personen met de Nederlandse nationaliteit, 33% op personen met een andere EU/EER-nationaliteit, 19% op personen met een niet EU/EER-nationaliteit,

en 12% op personen met een onbekende nationaliteit. Van de uitgekeerde bedragen had 67% betrekking op personen met een bekend BSN. Van de in de periode 2017-2021 uitgekeerde vergoedingen (regio Rotterdam-Rijnmond) ging 83% naar de ziekenhuiszorg, 14% naar de GGZ-zorg, 2% naar de farmaceutische zorgverlening, en 1% naar de eerstelijnszorg (met name huisartsen).

Conclusies en aanbevelingen

Geconcludeerd kan worden dat de SOV voorziet in een groeiende behoefte. Dankzij de Subsidieregeling kan medisch noodzakelijke zorg worden geleverd aan rechtmatig in Nederland verblijvende mensen; ze biedt zorginstanties de mogelijkheid om zonder financiële schade zorg te leveren die noodzakelijk is. Het beroep op de SOV is de afgelopen jaren fors gestegen. Het aantal onverzekerde, in Nederland en Rotterdam-Rijnmond verblijvende personen is flink toegenomen en inherent hieraan ook de medische en sociale vraag naar noodzakelijke zorg en ondersteuning. De SOV kent veel administratieve hindernissen en de bekendheid van de regeling is niet altijd in alle lagen van zorgorganisaties doorgesijpeld. Ook bij de patiëntendoelgroep is de regeling vaak onbekend. De ingewikkeldheid en onbekendheid van de SOV resulteren enerzijds in zorgmijding, zorguitstel of zorgvertraging bij de onverzekerde mensen die zorg nodig hebben en anderzijds in financiële en zorginhoudelijke afwegingen bij zorgprofessionals. In de regio Rotterdam-Rijnmond ervaren maatschappelijk hulpverleners en beleidsmakers momenteel onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming over rollen en verantwoordelijkheden in de maatschappelijke ondersteuning van zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering.

De regeling kent teveel knelpunten om ongewijzigd gecontinueerd te worden en op basis van stakeholderbevraging zijn aanbevelingen geformuleerd voor overheden op landelijk, regionaal en gemeentelijk niveau (specifiek gemeente Rotterdam-Rijnmond), zorgverzekeraars, de zorginstanties en zorgmedewerkers die zich kunnen beroepen op of kunnen doorverwijzen naar de SOV, werkgevers, woningbouwcorporaties en overige betrokken partijen. Suggesties die werden gedaan om processen rondom de SOV te verbeteren vielen grofweg in drie categorieën: I) meer en betere informatievoorziening, voorlichting en toezicht m.b.t. het ontberen/ verliezen van een zorgverzekering in het algemeen en de SOV in het bijzonder; II) meer eenduidigheid, verbinding en samenwerking tussen en binnen de medische en maatschappelijke trajecten rondom de zorg en ondersteuning bij onverzekerde; en III) wijzigingen in het zorgbeleid en de bijbehorende wet- en regelgeving, waaronder a) verbetering van de SOV-procedures voor melden en declareren en b) hervorming van de gemeentelijke vervolghulp procedures.

Ruimte voor verbetering: de route naar zorg en ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering

Evaluatie van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) in de regio Rotterdam-Rijnmond

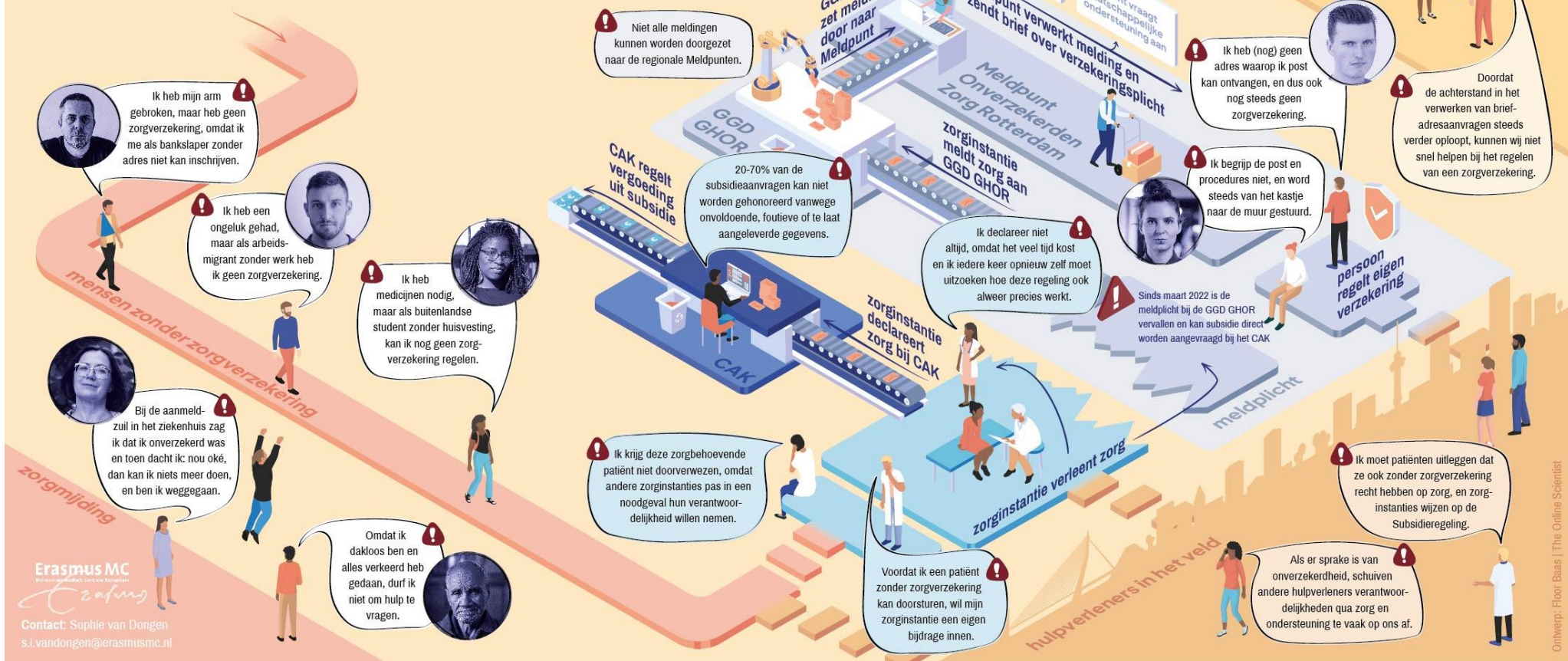
Hoe geven we goede zorg en ondersteuning aan mensen zonder zorgverzekering? De SOV en de bijbehorende meldplicht (voorlopig afgeschaft) zouden de zorg moeten verbeteren, maar dat lukt niet altijd. Volg het pad om te zien waar de knelpunten zitten.



Ruimte voor verbetering: de route naar zorg en ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering

Evaluatie van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) in de regio Rotterdam-Rijnmond

Hoe geven we goede zorg en ondersteuning aan mensen zonder zorgverzekering? De SOV en de bijbehorende meldplicht (voorlopig afgeschaft) zouden de zorg moeten verbeteren, maar dat lukt niet altijd. Volg het pad om te zien waar de knelpunten zitten.



1. Aanleiding

In 2014 vond een wijziging plaats in de Zorgverzekeringswet (Zvw), waardoor personen die enkele weken niet meer stonden ingeschreven bij de burgerlijke stand door de zorgverzekeraar uit hun zorgverzekering konden worden gezet.¹ Mensen zonder adres verloren dus ook nog eens hun zorgverzekering. Als gevolg van de wetswijziging signaleerden straatdokters in de grote steden een forse toename van het aantal patiënten zonder zorgverzekering. Ze waarschuwden voor een 'epidemie van onverzekerde dak- en thuislozen'.² De wetswijziging had ook op een andere manier gevolgen voor de toegankelijkheid en continuïteit van de gezondheidszorg: huisartsen, algemene ziekenhuizen, GGZ-instellingen en apothekers waren terughoudend in en weigerden soms de medische behandeling van patiënten zonder zorgverzekering; deze patiënten werden dus suboptimaal of soms helemaal niet behandeld.²⁻⁴ In sommige gevallen leidde dit tot onnodige of zelfs levenslange gezondheidsschade. Bovendien bleven kosten voor onverzekerde zorg die wél werd verleend veelal bij de zorgaanbieder liggen, aangezien patiënten zelf meestal niet over de financiële middelen beschikten om ze te betalen. Zo kwam de toegang tot onverzekerde zorg verder onder druk te staan. Uitgestelde en daardoor uiteindelijk soms duurdere zorg en mogelijke veiligheidsproblemen, onder meer vanwege het toenemende aantal onverzekerde personen met verward gedrag, zouden de maatschappelijke kosten verder kunnen doen oplopen.⁵⁻¹¹

Al in 1995 gaf de Gezondheidsraad het advies dat er een aparte regeling moest komen voor medische zorg aan onverzekerde Nederlanders.^{12,13} Pas 22 jaar later werd dit advies naar aanleiding van bovengenoemde alarmerende signalen en ontwikkelingen opgevolgd: in maart 2017 is het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) gestart met een Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (zie Box 1).^{3,14}

Box 1: Subsidieregeling Medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV)

Deze subsidieregeling houdt in dat een zorgmedewerker een patiënt zonder zorgverzekering binnen een week na consult kan aanmelden bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg van de Nederlandse overheidsorganisatie van Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR). Met de melding ontvangt de zorgmedewerker een meldnummer waarmee hij/zij de zorgkosten kan declareren bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Het betreft medisch noodzakelijke zorg uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet. De centrale melding wordt door de GGD GHOR Nederland doorgezet naar het regionale Meldpunt Onverzekerden Zorg (in Rotterdam inmiddels onderdeel van het geïntegreerde Meldpunt Zorgen om een Ander), zodat dit contact kan maken met de patiënt om passende maatschappelijke zorg en ondersteuning in te zetten, zoals hulp bij het regelen van een adres, zorgverzekering en contact met straatdokters of straatverpleegkundigen om de continuïteit van de medische zorg te kunnen garanderen.

Update: Eind juni 2022 werd aangekondigd dat de meldplicht per 1 augustus 2022 en met terugwerkende kracht vanaf 1 maart 2022 zou komen te vervallen; om zorgkosten te declareren hoeven zorgmedewerkers verleende zorg niet langer eerst te melden bij de GGD GHOR.

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (destijds Subsidieregeling voor Onverzekerde Verzekeringplichtigen gedoopt, vandaar de nog altijd gebruikte afkorting SOV; hierna ook wel aangeduid als 'SOV' of 'Subsidieregeling') beoogt te voorzien in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering. Aan de regeling was tot 1 augustus 2022 een meldplicht gekoppeld, om deze personen zo te kunnen toeleiden naar een zorgverzekering en maatschappelijke ondersteuning. Om de SOV toegankelijker en eenvoudiger in het gebruik te maken, zijn er sinds de start een aantal herzieningen doorgevoerd. De regeling is nu van toepassing op alle onverzekerde personen die rechtmatig in Nederland verblijven, onder wie personen met verward gedrag, dak- en thuislozen, EU-arbeidsmigranten, buitenlandse studenten, expats en toeristen.¹⁵⁻¹⁹

Doordat centrale registratie van het aantal adreslozen ontbreekt, zijn er geen precieze gegevens over de omvang van de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering. Naar schatting telt Nederland ongeveer 39.000 geregistreerde dak- en thuislozen.²⁰ Daar komt nog bij: veel zogenaamde 'bankslapers' verliezen ook hun zorgverzekering. De Verzekerdenmonitor van VWS beschrijft evenmin kenmerken of woonstatus van mensen zonder zorgverzekering.^{21,22} Bij navraag meldden straatdokters in Nijmegen, Rotterdam en Utrecht dat rond de 30 procent van hun patiënten leeft zonder zorgverzekering. In elf andere gemeentes met straatdokters kon men deze cijfers niet leveren.¹³

Ook de precieze omvang van het zorgprobleem waarvoor de Subsidieregeling een oplossing zou moeten bieden is onbekend. Wetenschappelijk onderzoek toont echter duidelijk aan dat bevolkingsgroepen waarin onverzekerde veel voorkomt vaak een kwetsbare gezondheid en specifieke medische zorgnoden hebben: een cohortonderzoek onder dak- en thuisloze mensen in Rotterdam²³ en een meta-analyse die recentelijk werd gepubliceerd in The Lancet²⁴ toonden aan dat zij ten opzichte van de algehele bevolking een sterk verminderde levensverwachting hebben. Ook blijken zij vaker te kampen met multimorbiditeit, middelengebruik en andere psychosociale problemen, zoals schulden, een verstandelijke beperking (~30% van de dak- en thuislozen) en een beperkt of afwezig sociaal vangnet.²³⁻³¹

Uitgaande van voorzichtige schattingen zijn er in de regio Rotterdam-Rijnmond jaarlijks ca. 10.000 meldingen te verwachten in het kader van de SOV. Uit een eerste grove peiling bleek echter dat er in 2020 in werkelijkheid veel minder, namelijk ca. 2.500 (slechts 25% van het verwachte aantal), meldingen zijn gedaan.³² Vanuit de praktijk, voornamelijk die van de straatdokters, zijn er bovendien geluiden dat het weigeren van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering nog steeds regelmatig voorkomt, zowel in ziekenhuizen en GGZ-instellingen als bij huisartsen en paramedische zorgverleners.^{7-11,13,16} Daarnaast zijn er indicaties dat de gemeente Rotterdam maar een klein deel

van de personen die wél zijn aangemeld weer verzekerd krijgt.^{16,32} Het is nog onduidelijk in hoeverre er in de regio Rotterdam-Rijnmond daadwerkelijk sprake is van onderbenutting van de SOV en belemmeringen in het gemeentelijke vervolghulptraject na melding. Ook is onduidelijk om welke redenen de SOV niet altijd de beoogde uitwerkingen lijkt te hebben.

Vanuit haar taken in het kader van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) is het voor de gemeente van belang dat ook onverzekerde Rotterdammers toegang hebben tot zorg(verzekering) en dat in verband hiermee briefadressen en Wmo-ondersteuning aan deze groep geboden worden. De minister van VWS deed in haar brief aan de Tweede Kamer van 2 mei 2016 dan ook een beroep op gemeenten om hun wettelijke Wmo-taak in verband met de aanpak van onverzekerde op te pakken.¹⁴ De gemeente Rotterdam heeft de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus Medisch Centrum de opdracht gegeven om nader onderzoek te doen naar het gebruik van en de ervaringen en opvattingen met betrekking tot de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond. Dit rapport doet daar verslag van. Vlak na de start van het onderzoek bracht het Ministerie van VWS een rapportage uit waarin de SOV op landelijk niveau werd geëvalueerd.¹⁶ De bevindingen uit het betreffende evaluatierapport zijn in dit onderzoek meegenomen.

2. Onderzoeksvragen

De overkoepelende onderzoeksvragen van dit onderzoek zijn:

1. **Hoe wordt de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV) in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt en hoe effectief en doelmatig is dat gebruik?**
2. **Welke ervaringen en opvattingen hebben belanghebbenden/ stakeholders met betrekking tot de SOV?**

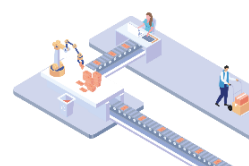
Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen hebben we zowel gekeken naar:

a) het traject van medische zorg aan de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering en de meldingen hiervan door zorgmedewerkers bij de GGD GHOR



en

b) het gemeentelijke traject van het verzekerd en maatschappelijk ondersteund krijgen van de SOV-doelgroep naar aanleiding van SOV-meldingen van zorgmedewerkers



In het kader van **onderzoeksvraag 1** zijn de volgende deelvragen behandeld:

- 1.1. **'Hoe vaak' is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt?**
- 1.2. **'Voor wie' is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt?**
- 1.3. **'Door wie' is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt? Wie zijn er betrokken bij de processen rondom de SOV?**
- 1.4. **'Hoe effectief en doelmatig' zijn de processen rondom de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond?**

De 'ervaringen en opvattingen' die we in het kader van **onderzoeksvraag 2** boven tafel wilden krijgen hebben betrekking op beide SOV-deeltrajecten. We waren onder meer geïnteresseerd in de bekendheid met en kennis van de SOV (inclusief aanpassingen), de argumenten voor het al dan niet gebruiken van de SOV en de (maatschappelijke) ontwikkelingen die hierop (mogelijk) van invloed zijn geweest, de ervaren knelpunten bij het gebruik van de SOV (met name in de regio Rotterdam-Rijnmond), en suggesties ter verbetering hiervan.

De 'belanghebbenden' / 'stakeholders' betreffen globaal genomen de zorgmedewerkers en zorginstanties die SOV-subsidie kunnen aanvragen (o.a. artsen, verpleegkundigen, apothekers, GGZ-instellingen), de hulp- en dienstverleners, beleidsmakers, en organisaties die landelijk en in de regio Rotterdam-Rijnmond een taak hebben in het beleid en uitvoering omtrent de SOV (o.a. gemeente, GGD GHOR, CAK), en de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering.

3. Methoden

Algehele studieopzet

Dit evaluatieonderzoek is uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met de gemeente Rotterdam. Hiertoe hebben het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam een samenwerkingsovereenkomst afgesloten. In dit hoofdstuk wordt een beknopte beschrijving gegeven van de gehanteerde methoden. De methoden worden in meer detail beschreven in het deelrapport **‘Wetenschappelijke onderbouwing’** bij deze evaluatierapportage.

Het onderzoek is gericht op de regio Rotterdam-Rijnmond, analyseert het gebruik van de SOV in de periode 2018-2022 en is uitgevoerd in de periode van september 2021 t/m juni 2023 (inclusief verslaglegging). Voor de uitwerking van de onderzoeksvragen hebben we zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikt. Uit praktische overwegingen en ten behoeve van de flexibiliteit en triangulatie hebben we deze in onderlinge wisselwerking uitgevoerd (‘mixed methods’, convergent iteratief design). Onderzoeksvraag 1 (deelvragen 1.1. t/m 1.4.) hebben we voornamelijk gepoogd te beantwoorden aan de hand van kwantitatieve methoden (analyse van beschikbare databronnen). Voor onderzoeksvraag 2 vormden interviews/ stakeholderbevraging (face-to-face, telefonisch en per e-mail) en inventarisatie van beschikbare (grijze) literatuur de basis.

Onderzoekspopulatie

In deze evaluatie hebben we voor de regio Rotterdam-Rijnmond gekeken naar de populatie van mensen zonder zorgverzekering voor wie de SOV (potentieel) is gebruikt. Het betreft onder meer dak- en thuisloze mensen, personen met verward gedrag, EU-arbeidsmigranten zonder werk, en overige personen met een andere nationaliteit die geen zorgverzekering hebben (zoals buitenlandse toeristen, studenten en expats, en tijdelijk ook vluchtelingen uit Oekraïne). Sinds de start van de regeling in maart 2017 is de SOV-patiëntendoelgroep een aantal keer gewijzigd (zie voor een uitgebreide toelichting het hoofdstuk **‘Context en achtergrond’** in het deelrapport **‘Wetenschappelijke onderbouwing’** bij deze evaluatie). Omdat er slecht beperkt inzicht was in de subgroepen die vanuit de SOV gefinancierde zorg hebben ontvangen, hebben wij gepoogd dit voor de regio Rotterdam-Rijnmond te verkrijgen, onder andere middels analyse van de gegevens van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg (Onderzoeksvraag 1.2.; zie voor meer detail het uitgebreide **‘Methoden’**-hoofdstuk in het deelrapport **‘Wetenschappelijke onderbouwing’** bij deze evaluatie).

Tot de onderzoekspopulatie horen ook alle instanties en werknemers die een rol spelen bij de processen rondom de SOV (o.a. het gebruik en de uitvoering ervan); stakeholders die in hun werk met de SOV en/of SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering in aanraking (zouden kunnen) zijn geweest. Zij zijn uitvoeriger in kaart gebracht in een ‘stakeholderanalyse’ (zie volgende paragraaf).

Studieonderdelen

We zijn begonnen met een **stakeholderanalyse**, die we in de loop van het project steeds verder hebben uitgewerkt. Daarnaast hebben we onderzocht of en hoe we voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen gebruik zouden kunnen maken van **reeds beschikbare (publieke) informatie en (grijze) literatuur**, zoals website- en sociale media-informatie over de Subsidieregeling en procedures bij medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering, jurisprudentie, en interne informatie en voorlichting van een aantal grote zorg- en hulpinstanties in de regio Rotterdam-Rijnmond. Ook hebben we een **inventarisatie gemaakt van gegevens die in registratiesystemen** beschikbaar waren over onder meer meldingen van medische noodzakelijke zorg bij onverzekerde en SOV-subsidieverzoeken; hierbij hebben we (hoofdzakelijk kwantitatieve) analyses gedaan op gegevens verkregen via het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg (inmiddels onderdeel van het geïntegreerde Meldpunt Zorgen om een Ander), het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en diverse ziekenhuizen die zijn aangesloten bij de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ). In een aanvullende stakeholderbevraging met een selectie van belanghebbenden zijn we op zoek gegaan naar verdiepende antwoorden op beide onderzoeksvragen. Middels een **korte e-mailvragenlijst** aan diverse typen zorgmedewerkers in de regio Rotterdam-Rijnmond (o.a. medisch zorgverleners, maatschappelijk hulpverleners en zorgadministratiemedewerkers) hebben we gepoogd een breder beeld te krijgen van de praktijkervaringen rondom medische zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering en het gebruik van de SOV. Aan de hand van **oriëntatiegesprekken en semigestructureerde diepte-interviews** met ongeveer 20 professionele stakeholders hebben we geprobeerd meer kennis op te doen over het beleid en de uitvoering van alle processen rondom de SOV, alsook de regionale context waarin dit gebeurt en de landelijke en regionale ontwikkelingen hierin over tijd. Tot slot wilden we ook het perspectief meenemen van mensen die zelf ervaring hebben met onverzekerde en zorgbehoevend zijn, en op wie de SOV van toepassing is (geweest), dit temeer omdat dit perspectief in de bestaande literatuur grotendeels ontbrak. Hiertoe heeft een zesdejaars geneeskundestudent van de Erasmus Universiteit in het kader van het Masteronderzoek Geneeskunde **semigestructureerde diepte-interviews gehouden met een aantal (voormalig) patiënten uit de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering**. Op basis van alle vergaarde informatie is de route naar medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering weergegeven in een **Infographic**. In het **Methoden'**-hoofdstuk van het deelrapport **'Wetenschappelijke onderbouwing'** bij deze evaluatie is de opzet van de verschillende studieonderdelen in meer detail beschreven. In de rest van dit evaluatierapport zijn de bevindingen uit sommige van deze studieonderdelen als aparte deelstudies gerapporteerd; de bevindingen uit andere studieonderdelen zijn verspreid in meerdere hoofdstukken terug te vinden.

Ethische aspecten

We hebben het onderzoek uitgevoerd volgens de principes van de Verklaring van Helsinki (oktober 2013) en de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO). De METC van het

Erasmus MC beoordeelde het onderzoek als niet WMO-plichtig en gaf een verklaring van geen bezwaar af (MEC-2022-0350).

4. Resultaten

Inventarisatie van gegevens uit registratiesystemen

Vanwege de AVG en de privacygevoeligheid van de gegevens heeft de levering van gegevens uit registratiesystemen veel tijd in beslag genomen. Begrijpelijkerwijs was er bij een aantal instanties reserve. Vanwege het maatschappelijke belang van de vraagstelling en het waarborgen van privacy zijn de volgende gegevens beschikbaar gesteld:

- Gegevens over meldingen van het Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam (databuffet GGD GHOR met bewerkingen door het Meldpunt) voor de periode van 1 januari 2018 t/m 4 mei 2022:
 - Meldingen 2018: n=1.133 (incl. evt. dubbel);
 - Meldingen 2019: n=2.499 (incl. evt. dubbel);
 - Meldingen 2020: n=2.499 (incl. evt. dubbel);
 - Meldingen 2021: n=2.957 (incl. evt. dubbel);
 - Meldingen 2022 t/m 4 mei: n=1.941 (incl. evt. dubbel).

N.B. Gegevens over meldingen in het jaar 2017 waren niet vindbaar binnen de gemeentelijke bestanden en konden niet meer worden opgehaald uit het GGD GHOR-databuffet.

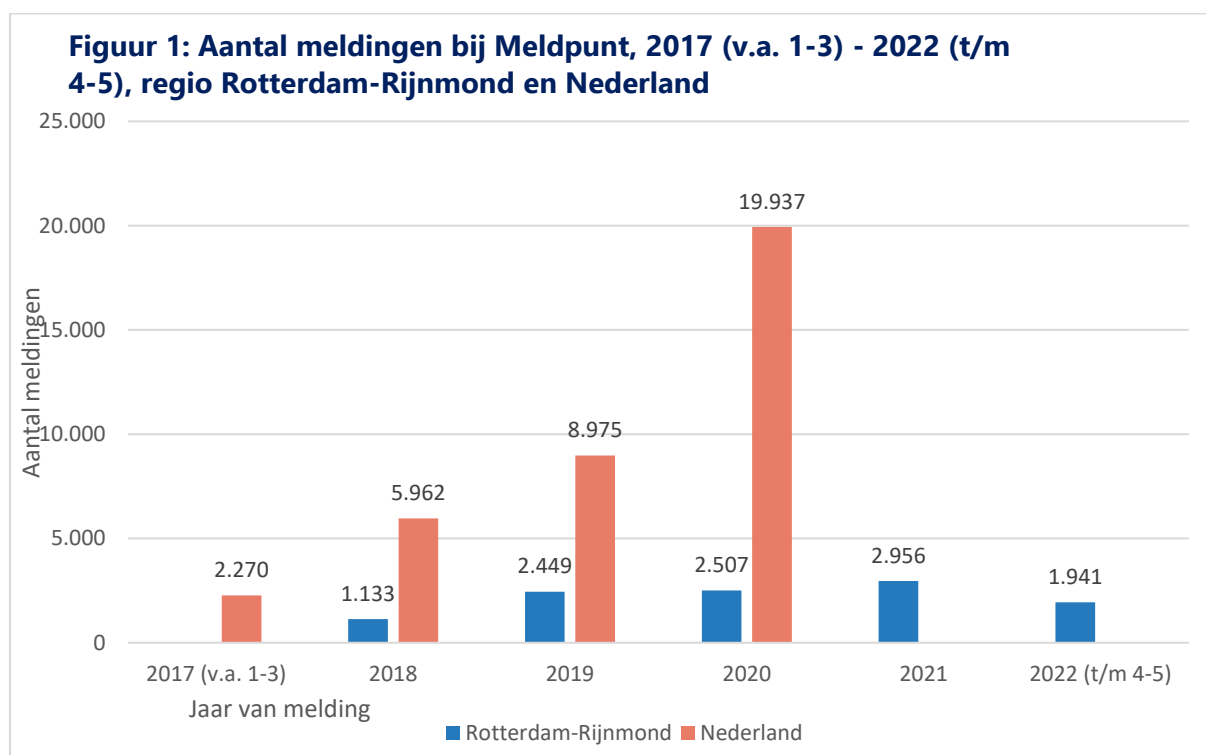
Voor de overige jaren (2018 t/m heden) wisselt de beschikbare informatie (voor sommige jaren waren er bijvoorbeeld geen gegevens over de melders en voor andere jaren wel). Soms bevatten jaarbestanden meerdere tabbladen met niet nader gespecificeerde bewerkingen.

- Aanvullende gegevens van steekproefchecks in de programma's Key2GBA-V (controle BRP) en VeCoZo (controle zorgverzekeringsstatus; op verzoek uitgezocht en aangeleverd door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam (peildata tussen 17 mei 2022 en 1 augustus 2022));
- Werkinstructie Gemeentelijk Meldpunt Onverzekerden; Vastgesteld op: 31-3-2021; Ingangsdatum: 1-4-2021; versienummer 012021;
- Gegevens over SOV-subsidieverzoeken en uitgaven beschikbaar gesteld door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) voor de periodes van 1 maart 2017 t/m 31 december 2021 (eerste levering eind februari 2021) en van 1 januari 2022 t/m 30 september 2022 (tweede levering half november 2022);
- Verder is voor een vergelijking met landelijke cijfers gebruik gemaakt van de VWS-rapportage Evaluatie Subsidierегeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.¹⁶

1.1. Wat zijn in de regio Rotterdam-Rijnmond de frequentie van SOV-meldingen en gehonoreerde SOV-declaraties (SOV-subsidieverzoeken), en de omvang van SOV-uitgaven? ('Hoe vaak' is de SOV gebruikt?)

1.1.1. Frequentie van SOV-meldingen

Figuur 1 laat zien hoe vaak in de jaren 2017 (vanaf 1 maart) - 2022 (t/m 4 mei) bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg (inmiddels onderdeel van het geïntegreerde Meldpunt Zorgen om een Ander) voor de regio Rotterdam-Rijnmond melding is gedaan van medisch noodzakelijke zorg bij onverzekerde. Deze figuur vergelijkt per jaar – voor zover beschikbaar – de aantallen meldingen (gemelde gevallen) voor de GGD GHOR-regio Rotterdam-Rijnmond met die voor alle 25 GGD GHOR regio's (heel Nederland).



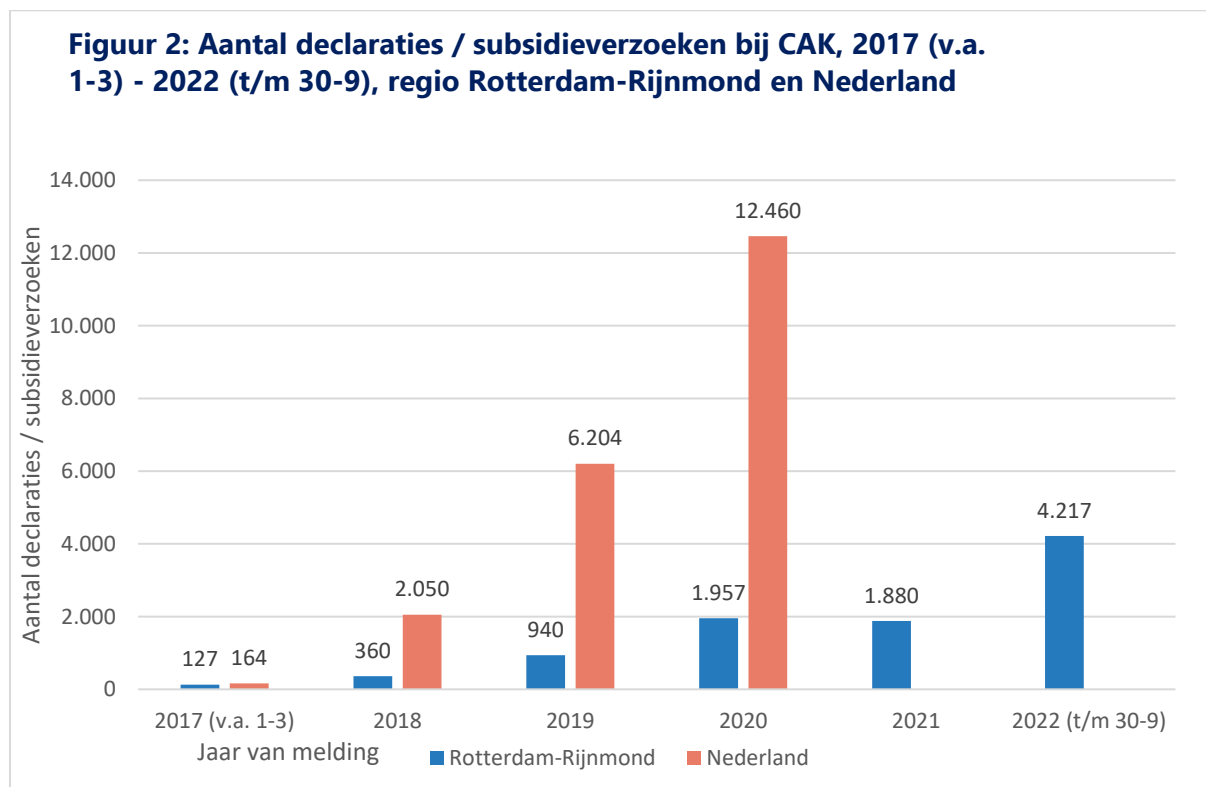
Bronnen: (1) Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam; (2) Ministerie van VWS, VWS-rapportage 'Evaluatie subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden'¹⁶

Er is sprake van een toename van het aantal meldingen in de loop van de tijd. Dit is het geval voor Rotterdam-Rijnmond, maar vooral voor heel Nederland. Het aandeel van de jaarlijkse meldingen voor Rotterdam-Rijnmond in die voor heel Nederland varieert van 13% tot 27% (periode 2018-2020). Verhoudingsgewijs waren er in Rotterdam-Rijnmond dus veel meldingen, maar hierbij is niet gecorrigeerd voor kenmerken als bevolkingsomvang en bevolkingsdichtheid. Figuur 1 geeft nog geen volledig beeld van de ontwikkelingen in 2022, die ongetwijfeld beïnvloed zijn door factoren als het vervallen van de meldplicht voor zorg geleverd na maart 2020, en de tijdelijke openstelling van de SOV voor vluchtelingen uit de Oekraïne, waardoor deze regeling wellicht ook meer bekendheid heeft gekregen onder zorgverleners en zorgorganisaties die haar voorheen niet of weinig gebruikten.

1.1.2. Frequentie van SOV-declaraties (subsidieverzoeken)

Figuur 2 toont voor de periode 2017-2022 de aantallen declaraties bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK) in verband met het verlenen van medische noodzakelijke zorg in de regio Rotterdam-

Rijnmond en heel Nederland (waarbij wij voor heel Nederland niet beschikken over de cijfers over 2021 en 2022).



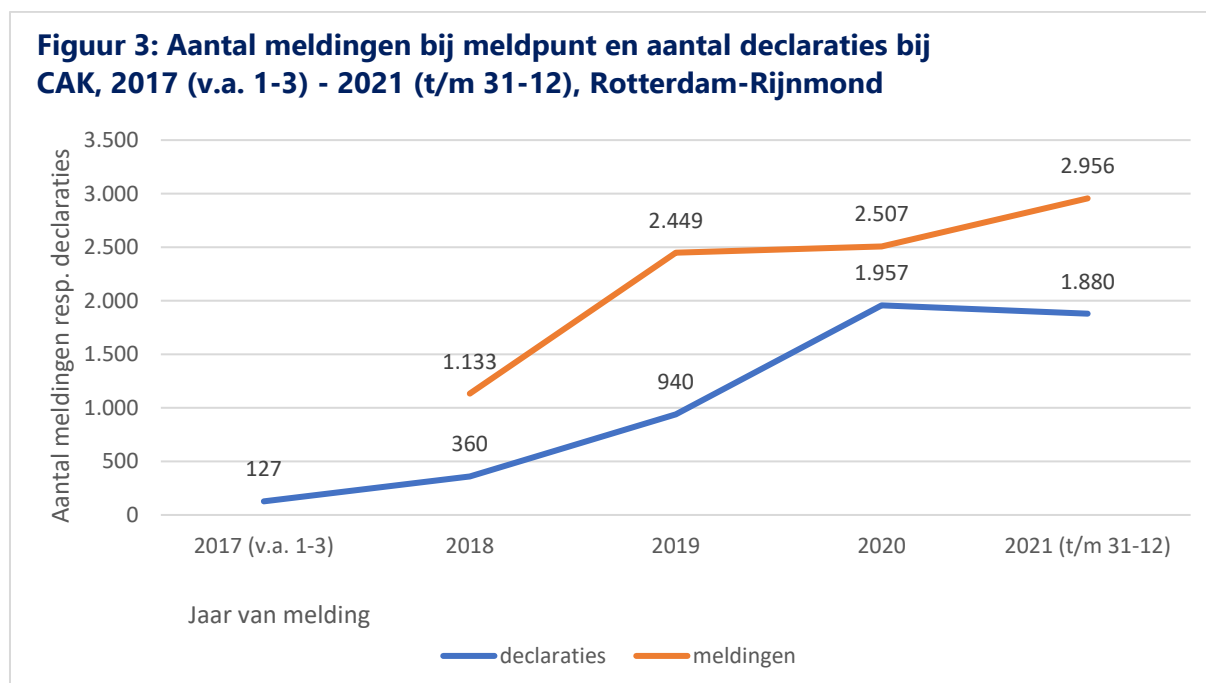
Bronnen: (1) Gegevens beschikbaar gesteld door Centraal Administratie Kantoor (CAK); (2) Ministerie van VWS, VWS-rapportage 'Evaluatie subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden'¹⁶

Uit deze figuur blijkt dat er in de loop der jaren sprake is van een toename van het aantal declaraties door zorgmedewerkers/ zorginstellingen – net als van het aantal meldingen – zowel voor de regio Rotterdam-Rijnmond als voor heel Nederland. In de periode 2018-2020 varieerde het aandeel van de regio Rotterdam-Rijnmond tussen 15% en 20%. (In 2017 bedroeg dit aandeel ruim 75%, maar dit percentage is wellicht terug te voeren op onvolledigheid van de beschikbare gegevens).

Figuur 3 laat zien hoe in de regio Rotterdam-Rijnmond het jaarlijkse aantal aanmeldingen bij het meldpunt zich verhoudt tot het aantal declaraties bij het CAK.

Een één-op-één vergelijking tussen aantallen meldingen en aantallen declaraties kan volgens verschillende door ons geïnterviewde personen niet worden gemaakt. Zo kan een zorgmedewerker een bepaald meldnummer een maand lang gebruiken voor het organiseren van vervolgzorg. In dat geval zijn aan dezelfde melding meerdere declaraties gekoppeld. Ook kan bij vervolgzorg een bepaald meldnummer gebruikt worden door verschillende zorgtypes of zorginstellingen (al doen zorginstellingen meestal toch zelf opnieuw melding). Het is in dit verband niet uitgesloten dat het zorgprestatie-model dat per 1 januari 2022 is ingegaan, tot veranderingen heeft geleid. Verder dient in aanmerking te worden genomen dat niet iedere melding resulteert in een subsidieverzoek.

Zorgverleners melden soms ‘voor de zekerheid’, bijvoorbeeld als er twijfel bestaat over de verzekeringsstatus van de patiënt, of als nog niet duidelijk is of een patiënt zonder zorgverzekering zelf voor de zorgkosten zal opdraaien. De lang gehanteerde meldtermijn van 7 dagen – tot maart 2018 zelfs slechts 24 uur – werkt deze inefficiëntie van de meldprocedure wellicht mede in de hand.



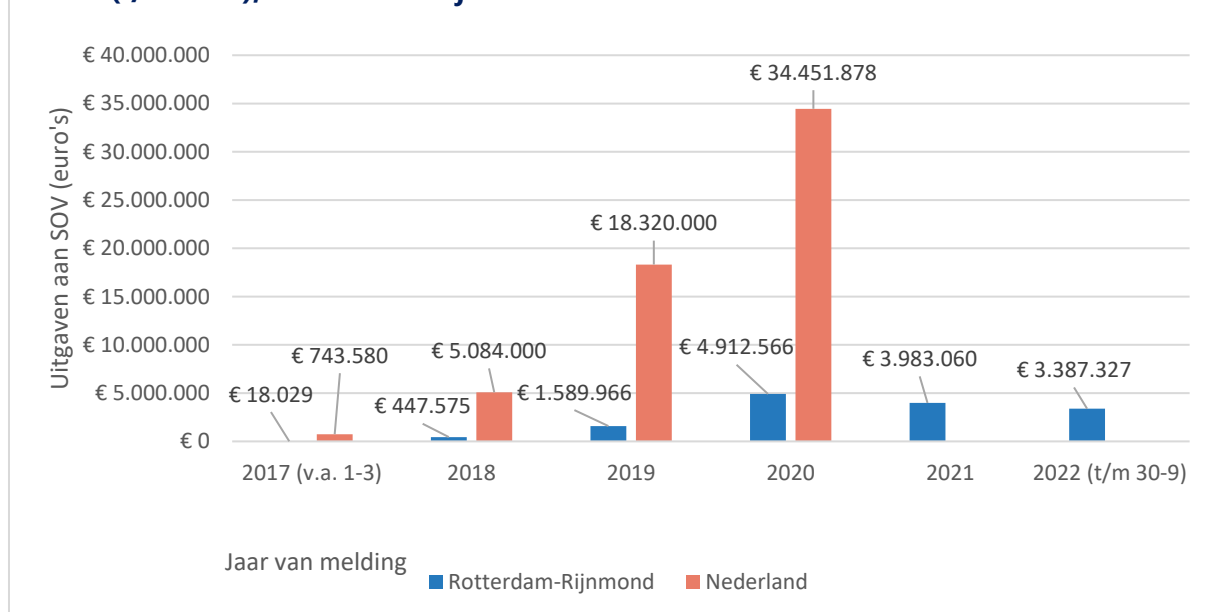
Bronnen: (1) Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam; (2) Gegevens beschikbaar gesteld door Centraal Administratie Kantoor (CAK).

1.1.3. Uitgaven/ Omvang van declaraties (subsidieverzoeken)

Figuur 4 laat zien hoe de uitgaven door het CAK in het kader van de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond zich verhouden tot die in heel Nederland.

Zeker met het aantal meldingen in gedachten (zie Figuur 1) zijn de uitgaven in Rotterdam-Rijnmond laag ten opzichte van de landelijke uitgaven, al is er wel sprake van een stijging van het aandeel van Rotterdam-Rijnmond in de totale kosten de loop van de jaren (van ruim 2% in 2017 tot bijna 15% in 2020). Gecombineerd met de waarneming dat in Rotterdam-Rijnmond zowel de aantallen meldingen als de aantallen declaraties relatief hoog zijn ten opzichte van de rest van Nederland, wekt dit de suggestie dat de SOV in Rotterdam-Rijnmond vaker dan in de rest van Nederland gebruikt wordt voor relatief minder kostbare medisch noodzakelijke zorg. Los van de onderlinge verhouding is duidelijk dat zowel in Rotterdam-Rijnmond als in heel Nederland de uitgaven van 2017 tot 2020 fors zijn gestegen. Na 2020 lijkt er, in Rotterdam-Rijnmond althans, sprake te zijn van een stabilisatie. Als de uitgaven gelijkmatig verdeeld zijn over het jaar – wat zeker niet noodzakelijkerwijs het geval is (zie eerder omschreven ontwikkelingen, die een toename in de loop van het jaar 2022 doen vermoeden) – dan lijkt het erop dat de uitgaven over heel 2022 in de buurt zullen komen van die over 2020.

Figuur 4: Uitgaven (euro's) aan de SOV door CAK, 2017 (v.a. 1-3) - 2022 (t/m 30-9), Rotterdam-Rijnmond en Nederland



Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Waar het gaat om het jaarlijkse aantal meldingen van onverzekerde, moet onderscheid worden gemaakt tussen gemelde gevallen en gemelde (unieke) personen. Dezelfde onverzekerde persoon kan in de loop van een jaar vaker aangemeld en geregistreerd worden. Tabel 1 laat voor de periode 2018-2022 zien hoe vaak unieke personen naar schatting (op basis van de combinatie van achternaam en geboortedatum) voor de SOV zijn aangemeld in Rotterdam-Rijnmond. Naar schatting werd een persoon in 80-90% van de gevallen in de loop van dat jaar slechts één keer aangemeld.

Tabel 1: Aantal aanmeldingen per (unieke) persoon, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Aantal gemelde (unieke) personen	841	2.034	1.868	2.411	1.574
Aantal meldingen per (unieke) persoon:					
1	662 (79%)	1.777 (87%)	1.503 (80%)	2.130 (88%)	1.345 (85%)
2	115 (14%)	179 (9%)	237 (13%)	178 (7%)	170 (11%)
3	39 (5%)	45 (2%)	72 (4%)	53 (2%)	40 (3%)
4	14 (2%)	16 (1%)	24 (1%)	15 (1%)	7 (0%)
> 4	11 (1%)	17 (1%)	32 (2%)	35 (1%)	12 (1%)

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

De volgende analyses en tabellen zijn gebaseerd op het aantal meldingen in termen van ‘gevallen’ en derhalve niet van ‘unieke personen’.

1.2. Wat zijn de kenmerken van de personen die in de regio Rotterdam-Rijnmond in het kader van de SOV bij de GGD GHOR zijn aangemeld? ('Voor wie' is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt?)

1.2.1. Wie zijn er in de regio Rotterdam-Rijnmond aangemeld in het kader van de SOV?

Voor wie is in de periode 2018-2022 in de regio Rotterdam-Rijnmond een beroep gedaan op de SOV? Tabel 2 geeft inzicht in de *leeftijd* van de personen die schuil gaan achter de aangemelde gevallen. In Figuur 5 is deze leeftijdsverdeling visueel weergegeven.

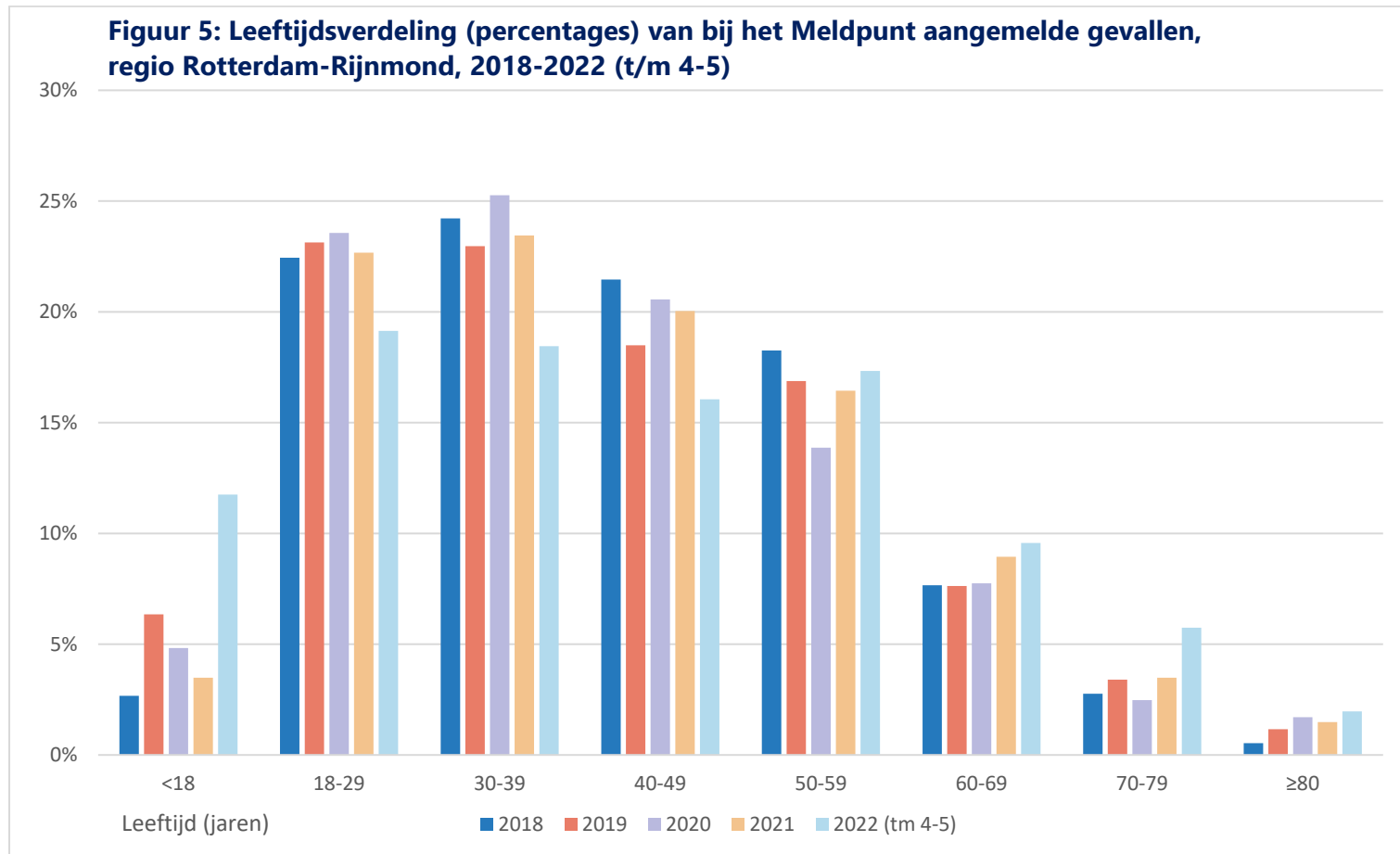
Uit tabel 2 blijkt dat de gemiddelde leeftijd tijdens de registratieperiode vrij constant is gebleven (ongeveer 40 jaar). Figuur 5 laat echter ook zien dat er recent, met name in 2022, sprake lijkt te zijn van een toename van het aandeel van jongeren (onder de 18) en ouderen (boven de 60).

Tabel 2: Leeftijdsverdeling van gemelde gevallen, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Leeftijd:					
- niet bekend	10	37	42	262	60
- bekend	1.123	2.412	2.466	2.695	1.881
Leeftijd (jaren):					
- gemiddelde (sd)	40,7 (14,8)	39,5 (17,1)	39,5 (16,2)	41,1 (16,1)	40,4 (19,6)
- mediaan (iqr)	40,0 (29,0-51,0)	38,0 (28,0-51,0)	38,0 (28,0-50,0)	40,0 (19,0-51,0)	40,0 (27,0-55,0)

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

Afkortingen: sd = standaarddeviatie; iqr = interkwartielafstand



Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

Tabel 3 geeft inzicht in het *geslacht* van de aangemelde personen. Iets meer dan twee derde van de meldingen heeft betrekking op mannen, maar het aandeel van vrouwen neemt langzaam maar zeker toe (van 23% in 2018 tot 38% in 2022), zij het niet monotoon.

Tabel 3: Geslachtsverdeling van gemelde gevallen, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Geslacht (man/vrouw):					
- niet bekend	1	21	41	46	27
- bekend:	1.132	2.428	2.467	2.911	1.914
- vrouw	257 (23%)	732 (30%)	699 (28%)	864 (30%)	732 (38%)
- man	875 (77%)	1.696 (70%)	1.768 (72%)	2.047 (70%)	1182 (62%)

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

Tabel 4 geeft inzicht in de *nationaliteit* van de aangemelde personen, zij het slechts op basis van de zeer schaarse gegevens die hierover beschikbaar waren. Informatie over de nationaliteit van de gemelde gevallen is niet geregistreerd in de jaren 2018 en 2019, en ook niet in 2022. Ook over 2020 en 2021 is in nauwelijks 5% van de aangemelde gevallen de nationaliteit van de persoon in kwestie bekend. Bij ruim de helft (2020) tot twee derde (2021) gaat het hierbij om de Nederlandse nationaliteit.

Tabel 4: Verdeling van gemelde gevallen naar nationaliteit, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020 ^a	2021 ^b	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Nationaliteit:					
- niet bekend	1.133	2.449	2.375	2.863	1.941
- bekend:	0	0	133	94	0
- Nederlandse:	/	/	73 (55%)	63 (67%)	/
- andere nationaliteit:	/	/	60 ^a (45%)	31 ^b (33%)	/

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

^a In totaal zijn in 2020 20 verschillende andere nationaliteiten (niet-Nederlandse) geregistreerd, o.a. de Poolse (n=15).

^b In totaal zijn in 2021 14 verschillende andere nationaliteiten (niet-Nederlandse) geregistreerd, o.a. de Poolse (n=9).

Tabel 5 geeft een samenvatting van de *verblijfplaats* die/ *het verblijfsadres* dat bij melding bij het Meldpunt is opgegeven. Bij ca. 60% van de meldingen is een adres verstrekt. In een ruime meerderheid van deze gevallen (ca. 90%) wordt een verblijfplaats/ verblijfsadres in Nederland opgegeven.

Tabel 5: Verdeling van gemelde gevallen naar verblijfplaats, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Verblijfplaats:					
- niet bekend	371	1.058	1.439	1.394	723
- bekend:	762	1.391	1.069	1.563	1.218
- Nederland	651 (85%)	1.234 (89%)	907 (85%)	1.466 (94%)	1.212 (99%)
- EU / EER	80 ^a (10%)	115 ^b (8%)	149 ^c (14%)	84 ^d (5%)	4 ^e (<1%)
- niet EU / EER	31 ^a (4%)	42 ^b (3%)	13 ^c (1%)	13 ^d (1%)	2 ^e (<1%)

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

^a Verblijfplaats (land) niet nader gespecificeerd.

^b In totaal zijn behalve Nederland 41 verschillende andere landen als verblijfplaats geregistreerd, vooral Polen, Duitsland, België, Luxemburg.

^c In totaal zijn behalve Nederland 21 verschillende andere landen als verblijfplaats geregistreerd.

^d Verblijfplaats (land) niet nader gespecificeerd.

^e In totaal zijn behalve Nederland 5 verschillende andere landen als verblijfplaats geregistreerd.

Tabel 6 laat zien in hoeveel van de aangemelde gevallen een *gemeentelijk briefadres* beschikbaar was. Het percentage met een gemeentelijk briefadres – veelal het adres van een maatschappelijke opvanglocatie – was het hoogste in 2018 (ruim 20%). In de jaren erna schommelde het rond de 10%. Het relatief

hoge percentage in 2018 heeft wellicht te maken met de versoepeling van de SOV-criteria na maart 2018 – daarvoor moest een zorgmedewerker o.a. kunnen aantonen dat een patiënt die werd aangemeld verzekeringsplichtig was.¹⁶

Tabel 6: Aantal gemelde gevallen naar beschikbaarheid gemeentelijk briefadres, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Gemeentelijk briefadres:					
- ja:	251 (22%)	316 (13%)	203 (8%)	351 (12%)	218 (11%)
- nee:	882 (78%)	2.133 (87%)	2.305 (92%)	2.606 (88%)	1.723 (89%)

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

1.2.2. Hoe vaak werd er van de bij het Meldpunt aangemelde gevallen expliciet toestemming voor melding verkregen? [Aanvullende vraag gemeente Rotterdam]

Een aanvullende vraag vanuit de gemeente Rotterdam betrof het percentage patiënten zonder zorgverzekering dat bij het verkrijgen van medische noodzakelijke zorg expliciet toestemming geeft voor de aanmeldprocedure. Alleen in de jaren 2021 en 2022 is in het kader van de registratie een aantekening beschikbaar van het officieel toestemming geven voor de aanmelding door de patiënt zonder zorgverzekering (*toestemmingsverklaring*). In 2021 werd bij 66 meldingen (2,2%) de toestemmingsverklaring door patiënt zonder zorgverzekering ondertekend én aangeleverd door de melder. In de eerste maanden van 2022 was dit bij 96 meldingen (4,9%) het geval.

1.3. Welke typen zorginstanties hebben in de regio Rotterdam-Rijnmond in het kader van de SOV bij de GGD GHOR melding gedaan? ('Door wie' is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt?)

Tabel 7 laat zien door welke zorgorganisaties meldingen zijn gedaan in het kader van de SOV. In de periode 2018-2022 zijn in de regio Rotterdam-Rijnmond vanuit 106 verschillende zorgorganisaties meldingen gedaan. Deze 'melders' zijn nadien ingedeeld in 15 verschillende categorieën. Rijndam Revalidatie is hierbij geassocieerd als revalidatiecentrum (dus niet als ziekenhuis, ook al is het wel lid van de Stichting Samenwerkende Rijnmond Ziekenhuizen (SRZ). In 2018 werd de aard van de 'melder' nog niet geregistreerd.

Tabel 7: Verdeling van gemelde gevallen naar zorgcategorie, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Zorgverlener / zorgcategorie:					
- niet bekend	1.133	2	2	0	1
- bekend:	0	2.447	2.506	2.957	1.940
- ambulancezorg	/	21 (1%)	46 (2%)	74 (3%)	86 (4%)
- apotheek	/	243 (10%)	519 (21%)	361 (12%)	625 (32%)
- paramedische zorg ^a	/	-	2 (<1%)	-	-
- gezondheidscentrum	/	-	-	36 (1%)	38 (2%)
- GGZ-instelling	/	246 (10%)	66 (3%)	160 (5%)	26 (1%)
- huisartsenpost	/	8 (<1%)	19 (1%)	10 (<1%)	74 (4%)
- huisartsenpraktijk	/	3 (<1%)	-	1 (<1%)	78 (4%)
- verloskundezorg	/	-	2 (<1%)	-	9 (<1%)
- kraamzorg	/	-	2 (<1%)	-	-
- maatschappelijke opvang	/	15 (1%)	13 (1%)	47 (2%)	13 (1%)
- geriatrie	/	2 (<1%)	-	-	3 (<1%)
- revalidatie ^b	/	-	5 (<1%)	12 (<1%)	8 (<1%)
- straatdokter	/	163 (7%)	303 (12%)	202 (7%)	64 (3%)
- tandheelkundige zorg ^c	/	-	-	1 (<1%)	1 (<1%)
- ziekenhuis	/	1.746 (71%)	1.529 (61%)	2.053 (69%)	915 (47%)

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

^a Deze categorie omvat logopedie, diëtetiek, fysiotherapie en ergotherapie

^b Deze categorie bevat ook Rijndam Revalidatie (dat dus niet is geclassificeerd als ziekenhuis, ook al is het wel een SRZ-ziekenhuis)

^c Deze categorie omvat zowel tandartsenzorg als kaakchirurgie

Uit tabel 7 blijkt dat vanuit de meeste aanmeldingen (bijna 70%) zijn gedaan door ziekenhuizen, zij het dat er een relatieve afname is in 2022. Het aandeel van GGZ-instellingen is afgenomen in de loop van de tijd (van 10% in 2019 tot slechts iets meer dan 1% in 2022), terwijl het aandeel van apotheken juist is toegenomen (van 10% in 2019 tot 32% in 2022). Over de hele periode waren er opvallend weinig meldingen (<5%) vanuit o.a. huisartsenposten en huisartsenpraktijken (met uitzondering van 2022, mogelijk een eerste effect van de aanmeldingen van vluchtelingen uit de Oekraïne), paramedische zorgvoorzieningen, tandheelkundige zorgvoorzieningen, geriatrische instellingen en revalidatiecentra. In dit verband is 'medische noodzakelijkheid' als voorwaarde om in aanmerking te komen voor de SOV een punt van discussie. De ervaring (zie resultaten oriëntatiegesprekken en diepte-interviews met professionele stakeholders) laat bijvoorbeeld zien dat revalidatiezorg bekostigd kan worden vanuit de SOV. Toch wordt er vanuit revalidatiecentra vrijwel geen beroep gedaan op de SOV.

1.4. 'Hoe effectief en doelmatig' zijn de processen rondom de SOV in de regio Rotterdam Rijnmond?

1.4.1. Wat is de *kwaliteit (volledigheid en geldigheid) en bruikbaarheid (voor een gemeentelijk vervolghulptraject) van de gegevens die bij melding voor de regio Rotterdam-Rijnmond verzameld en geregistreerd worden?*

De gegevens die bij het Meldpunt geregistreerd worden, worden grotendeels aangeleverd door de zorgmedewerkers die ten behoeve van hun onverzekerde patiënten een beroep doen op de regeling.

Kenmerken die volgens de GGD GHOR bij melding automatisch gegenereerd worden zijn: meldnummer (uniek) en datum van melding. De volgende kenmerken dient de zorgmedewerker bij de eerste melding eenmalig in te vullen en zijn bij diens volgende meldingen voorgeprogrammeerd: aard van zorgverlener/zorgorganisatie en naam van melder. Tot de kenmerken die in principe bij elke melding door de zorgmedewerker geregistreerd worden behoren datum van zorgverlening, naam van patiënt (achternaam, tussenvoegsel, voorletters), geboortedatum van patiënt, adres van patiënt (straat en huisnummer, postcode, plaats), geslacht van patiënt, Burgerservicenummer (BSN) van patiënt, nationaliteit van patiënt, telefoonnummer van patiënt, beschikbaarheid van verklaring waarmee patiënt toestemming geeft voor melding, nadere bijzonderheden inzake de patiënt (open veld).

Na de registratie en het doorzetten van meldingen door de GGD GHOR naar het Rotterdamse Meldpunt, zijn gegevens door het Meldpunt bewerkt. Procedures hiervoor zijn in de loop der tijd meermaals aangepast; deze aanpassingen zijn echter niet altijd schriftelijk vastgelegd in nu nog beschikbare werkinstructies. Bewerkingen door het Meldpunt betreffen o.a. de classificatie van de gemelde gevallen als wel of niet verzekeraar en de status van zorgverzekering (verzekering wel/niet/onbekend).

Op basis van eigen bewerking van deze gegevens konden vervolgens additionele kenmerken worden afgeleid, zoals: leeftijd van de patiënt; aantal meldingen voor dezelfde patiënt, categorie van zorgorganisatie, verblijfplaats van de patiënt (regio en land).

Aan de hand van een beoordeling van de geregistreerde kenmerken is geprobeerd inzicht te krijgen in de kwaliteit (volledigheid en geldigheid) van de geregistreerde gegevens. ‘Volledigheid’ verwijst naar de mate waarin voor een bepaald kenmerk de velden zijn ingevuld. ‘Geldigheid’ verwijst naar de mate waarin bij het invullen van deze velden geldige waarden zijn gebruikt. Het invullen van een geldige waarde impliceert overigens allerminst dat ook de correcte waarde is ingevuld. Tabel 8 vat de bevindingen samen voor 17 van de geregistreerde kenmerken.

Tabel 8: Volledigheid en geldigheid van geregistreerde kenmerken, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding									
	2018		2019		2020		2021		2022 (t/m 4-5)	
Aantal meldingen	1.133		2.449		2.508		2.957		1.941	
Kenmerk:	<i>volledig</i>	<i>geldig</i>	<i>volledig</i>	<i>geldig</i>	<i>volledig</i>	<i>geldig</i>	<i>volledig</i>	<i>geldig</i>	<i>volledig</i>	<i>geldig</i>
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
- meldnummer	100%	100%	100%	99%	100%	99%	100%	100%	100%	99%
- achternaam	100%	100%	99%	90%	99%	69%	99%	68%	99%	84%
- voorletters	99%	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	98%	97%
- straat & huisnummer	97%	90%	92%	87%	73%	66%	58%	57%	64%	64%
- postcode	93%	69%	50%	50%	38%	38%	51%	50%	60%	60%
- plaats	82%	69%	66%	57%	49%	43%	58%	56%	63%	63%
- telefoonnummer	0%	0%	38%	25%	52%	51%	40%	40%	37%	37%
- geboortedatum	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	97%	98%	97%
- geslacht	99%	99%	99%	99%	99%	98%	98%	97%	98%	97%
- nationaliteit	0%	0%	0%	0%	6%	5%	3%	3%	0%	0%
- Burgerservicenummer (BSN)	80%	80%	68%	68%	59%	59%	63%	63%	43%	43%
- datum melding	100%	100%	99%	99%	99%	85%	97%	95%	98%	98%
- naam melder	0%	0%	99%	87%	59%	59%	98%	83%	98%	87%

- datum zorgverlening	0%	0%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	99%
- organisatie zorgverlener	0%	0%	100%	100%	99%	99%	100%	100%	100%	100%
- toestemmingsverklaring	0%	0%	0%	0%	0%	0%	47%	47%	98%	98%
- bijzonderheden	0%	n.v.t.	58%	n.v.t.	47%	n.v.t.	39%	n.v.t.	39%	n.v.t.

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

Tabel 8 laat zien dat in 2018 nog slechts een beperkt aantal kenmerken geregistreerd werd. De nationaliteit van de patiënt werd ook in de jaren erna vrijwel nooit vastgelegd, de beschikbaarheid van een toestemmingsverklaring door de patiënt wordt pas vanaf 2021 geregistreerd (en ook vanaf 2021 bleek een dergelijke toestemmingsverklaring slechts incidenteel beschikbaar). Met het oog op een succesvolle voortzetting van de procedure zijn vooral het Burgerservicenummer (BSN), de achternaam en de geboortedatum van de van de patiënt cruciale kenmerken. Hoewel registratie van het BSN als een inspanningsverplichting gold, werd dit in de loop van de jaren steeds minder vaak aangeleverd (afname van ca. 80% van de gevallen in 2018 tot ca. 40% in 2022). In dit verband is het relevant te weten dat het meldpunt ofwel het BSN ofwel de geboortedatum in combinatie met de achternaam van de aangemelde persoon nodig heeft om verder actie te kunnen ondernemen, te weten het opzoeken van deze persoon in de Basisregistratie Personen (BRP; controle in het programma Key2GBA-V) en het vervolgens controleren van de zorgverzekeringsstatus (VeCoZo-check), om de aangemelde persoon indien mogelijk een brief te kunnen sturen. De geboortedatum werd in de overgrote meerderheid van de gevallen wel ingevuld (>95%), maar de achternaam werd in de loop van de periode steeds minder (correct) genoteerd (soms alleen de initialen van de persoon in kwestie, vooral door bepaalde instellingen).

Wat de correctheid van de beschikbare gegevens betreft, verder nog de volgende kanttekeningen:

- Voor het noteren van het meldnummer – het kenmerk waarmee het allemaal begint – ontbreekt een vast formaat. Het aantal gebruikte posities varieert van 5 (zonder voorloop-nullen) tot 10, en incidenteel zelfs 11.
- Hetzelfde geldt, mutatis mutandis, voor datumgegevens, zoals datum van melding en geboortedatum van de patiënt. Ook deze gegevens worden in verschillende formaten aangeleverd.
- Soms worden gegevens in het verkeerde ‘veld’ genoteerd.
- Sommige gegevens worden foutief getypt.

Deze onvolkomenheden in de uiteindelijke databestanden bemoeilijken de verdere verwerking van de gegevens.

Het Meldpunt heeft de afhandeling en status van meldingen ook zelf enigszins geclassificeerd, zie hiervoor Tabel 9. Voor sommige jaren geschiedde deze classificatie aan de hand van kleurcodes (waarvan de legenda in het kader van dit onderzoek mondeling werd toegelicht), voor andere jaren aan de hand van aparte (maar soms gedeeltelijke overlappende) tabbladen voor subgroepen.

Tabel 9: Classificatie meldingen door Meldpunt, 1 januari 2018 – 4 mei 2022, Rotterdam-Rijnmond

Classificatie/ Status meldingen	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4 mei)
Aantal gemelde gevallen per classificatiecategorie:					
- Onverzekerbaar	396 (35%)	1.691 (69%)	1.996 (78%)	1.783 (60%)	546 (28%)
- Verzekerd	329 (29%)	663 (27%)	374 (15%)	287 (10%)	1 (0%)
- Aangeschreven	89 (8%)	66 (3%)	94 (4%)	441 (15%)	
- Mensen uit andere gemeenten	118 (10%)	13 (1%)	30 (1%)	291 (10%)	
- Overig	-	-	-	3 (0%)	-
- Niet in behandeling genomen	319 (28%)	28 (1%)	13 (1%)	151 (5%)	1.265 (65%)

Bronnen: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam; Werkinstructie Gemeentelijk Meldpunt Onverzekerden; Vastgesteld op: 31-3-2021; Ingangsdatum: 1-4-2021; versienummer 012021

De gegevens in Tabel 9 weerspiegelen ook wijzigingen in procedures en taken van het Meldpunt (zoals de tijdelijke stop in de verwerking van meldingen n.a.v. landelijke ontwikkelingen). In de loop der jaren werden steeds meer meldingen geclassificeerd als onverzekerbaar (van 35% in 2018 tot 60 à 80% in 2019, 2020 en 2021) of niet in behandeling genomen (65% in eerste deel 2022).

1.4.2. In hoeverre corresponderen aantallen meldingen die Rotterdamse ziekenhuizen volgens het Meldpunt/ de GGD GHOR hebben gedaan met de aantallen die ze volgens eigen registraties hebben gedaan (Wat is *consistentie* tussen deze registraties)? [Aanvullende vraag SRZ-ziekenhuizen]

Een andere indicator van de kwaliteit van de geregistreerde gegevens is de mate van *consistentie* van het aantal meldingen door Rotterdamse ziekenhuizen volgens het GGD GHOR-meldpunt respectievelijk volgens de ziekenhuizen zelf (eigen registratie). Een aanvullende vraag hierover werd geformuleerd vanuit de deelnemende SRZ-ziekenhuizen.

Om deze vraag te beantwoorden werden bij vier SRZ-ziekenhuizen de eigen registratiegegevens opgevraagd. Een vergelijking van de ziekenhuis-specifieke meldingen volgens het meldpunt en die volgens de ziekenhuizen zelf leverde het volgende beeld op:

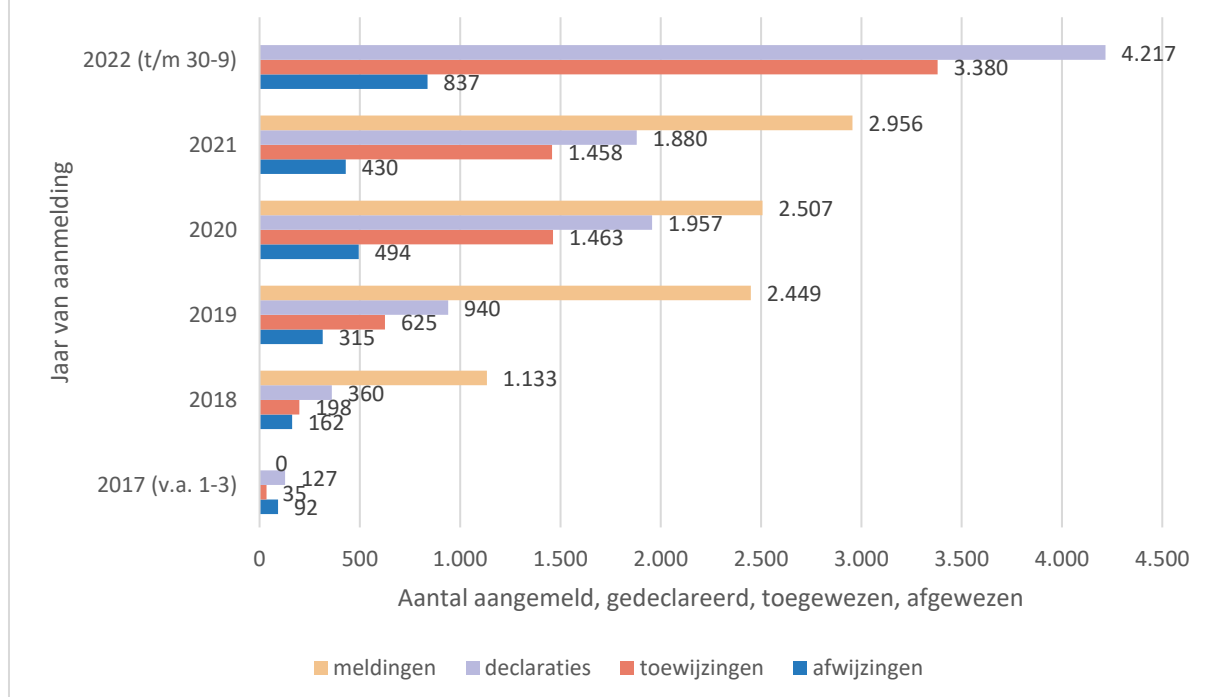
- Weinig consistentie / grote discrepanties tussen de Meldpunt-registratie en de ziekenhuisregistraties. De overlap varieerde tussen slechts 12% en 80%. Over de hele linie lijkt sprake van een forse onderregistratie in het GGD GHOR-/Meldpunt-bestand.

Deze verschillen in geregistreerde aantallen tussen het centrale meldpunt en de ziekenhuizen zijn een reden tot zorg over de kwaliteit van de registraties. Een aannemelijke verklaring voor deze verschillen is vooralsnog niet gevonden. Een klein deel van de discrepanties zou kunnen berusten op de postcodetabel waarmee GGD GHOR meldingen vanuit het centrale systeem doorzet naar regionale meldingen. Een andere bron (interview met GGD GHOR) wijst erop dat naar schatting 10% van de landelijke meldingen niet kan worden doorgezet naar een regionaal meldpunt.

1.4.3. Hoe vaak zijn *SOV-subsidieverzoeken* die zorgmedewerkers uit de regio Rotterdam-Rijnmond bij het CAK indienden *afgewezen*, en om welke redenen?

Figuur 6 laat zien hoeveel meldingen in het kader van de SOV in de periode 2017-2022 in de regio Rotterdam-Rijnmond hebben geresulteerd in een declaratie / subsidieverzoek bij het CAK, en hoeveel van deze declaraties uiteindelijk zijn toegewezen, respectievelijk afgewezen.

Figuur 6: Aantal meldingen, en ingediende, toegewezen en afgewezen declaraties, regio Rotterdam-Rijnmond, 2017-2022



Bronnen: (1) Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg (MOZ) Rotterdam; (2) Gegevens beschikbaar gesteld door Centraal Administratie Kantoor (CAK).

Over de periode 2018-2021 is ongeveer 60% van de meldingen uiteindelijk vertaald in een subsidieverzoek (variërend van 38% in 2018 en 2019 tot 78% in 2020). Van de subsidieverzoeken is ca. 75% gehonoreerd (een percentage dat voortdurend toenam, van 28% in 2017 tot 80% in 2022). De kans op toewijzing lijkt bleek enigszins afhankelijk van o.a. de nationaliteit van de aangemelde persoon (Nederland: 73%; EU-EER: 81%; niet-EU/EER: 74%; onbekend: 77%), en van de beschikbaarheid van een BSN (wel: 72%; niet: 82%). Wat de toewijzingen naar zorgsoort betreft, kwam in de periode 2017-2021 van de toegekende subsidies bijna 87% voor rekening van ziekenhuizen (farmacie bijna 9%, GGZ-instellingen 3%). In de eerste drie kwartalen van 2022 was het aandeel van de ziekenhuizen in het aantal gehonoreerde subsidies gedaald tot 50% (farmacie 30%, huisartsenzorg 16%). In de periode 2017-2022 hadden de gehonoreerde subsidieverzoeken betrekking op 2.028 ‘unieke’ personen. Meestal werd voor één persoon slechts 1x subsidie toegekend (n=1.364), maar het aantal herhaalde toewijzingen was substantieel (incidenteel tot ruim 30x voor de hele periode, ruim 20x op jaarbasis). In 2022 ging het om 1.797 unieke personen (1.097 1x, het aantal herhaalde toekenningen oplopend tot incidenteel 20x).

Waarom werd een deel van de subsidieverzoeken afgewezen? Over de periode werden op een totaal van 1.493 niet-gehonoreerde subsidieverzoeken 48 verschillende redenen voor afwijzing geregistreerd. In een aantal gevallen was er meer dan één reden om de declaratie af te keuren (1.632 redenen op 1.493 afwijzingen). Het meest frequent werden de volgende redenen opgevoerd:

- melding bij GGD GHOR niet binnen 7 dagen na zorgverlening (n=377);
- behandelde persoon was op de zorgdatum bij nader inzien verzekerd op grond van Zvw (n=266);
- geen reactie op brief “Verzoek aanvullende gegevens” subsidieaanvraag (n=153);
- meldingsnummer reeds na 1 maand vervallen (n=139);
- geen aanvraag van subsidie voor oninbare kosten binnen 3 maanden na afloop van het kwartaal waarin de zorg is verleend (n=132).

Samen vertegenwoordigen deze 5 redenen bijna twee derde van alle redenen voor afwijzing.

In verschillende fasen van het proces kan het misgaan: de zorgverlening als zodanig, de melding van onverzekerde status, de check van de verzekeringsstatus, en de declaratieprocedure. In de periode 2017-2021 had naar schatting minder dan 1% van de afwijzingen betrekking op de zorgverlening, 26% op de melding, 22% op de controle van de verzekeringsstatus, 42% op de declaratie, en 9% op melding en/of declaratie.

Gedurende de eerste drie kwartalen van 2022 was er een verschuiving in de belangrijkste redenen voor afwijzing te zien (top 5 van de in totaal 32 verschillende redenen die werden aangevoerd; 837 afwijzingen, 947 redenen):

- nog geen DAEB-overeenkomst met het CAK (n=159);
- gedeclareerde zorg niet in basispakket (Zvw-artikel 11) (n=150);
- geen meldingsnummer ingevuld op het subsidieformulier (n=98);
- persoon in kwestie was op zorgdatum verzekerd (Zvw) (n=97);
- geen melding bij GGD GHOR binnen 7 dagen (n=86).

Ook in 2022 was deze ‘top 5’ verantwoordelijk voor bijna twee derde van alle redenen voor afwijzing.

In de periode 2017 (v.a. maart) – 2022 (t/m september) is door het CAK in totaal ruim €14.000.000 (€14.338.524) aan vergoedingen (gehonoreerde subsidieaanvragen) uitgekeerd aan zorgverleners en zorginstellingen in de regio Rotterdam-Rijnmond (zie ook Figuur 4). Vooral tussen 2019 en 2020 was er een sterke toename van het volume van de uitgekeerde bedragen (2017 (vanaf maart): €18.029; 2018: €447.575; 2019: €589.966; 2020: €4.912.566; 2021: €3.983.066; 2022 (t/m september): €3.387.327). In de hele periode 2017-2022 had van alle uitgekeerde bedragen 36% betrekking op personen met de Nederlandse nationaliteit, 33% op personen met een andere EU/EER-nationaliteit, 19% op personen met een niet EU/EER-nationaliteit, en 12% op personen met een onbekende nationaliteit. Van de uitgekeerde bedragen had 67% betrekking op personen met een bekend BSN. Van de in de regio Rotterdam-Rijnmond in de periode 2017-2021 uitgekeerde vergoedingen ging 83% naar de ziekenhuiszorg, 14% naar de GGZ-zorg, 2% naar de farmaceutische dienstverlening, en 1% naar de eerstelijnszorg (m.n. huisartsen). Hoewel in de eerste drie kwartalen van 2022 het aandeel van ziekenhuizen in de subsidieverzoeken sterk gereduceerd is (van 87% in de periode 2017-2021 naar 50% in 2022), is dit niet het geval voor het volume van de toegekende vergoedingen (2022: ziekenhuizen: 88%; farmacie: 6%; eerstelijnszorg: 2%; GGZ: 2%).

1.4.4. In hoeverre (en na hoe lang) raken mensen die het kader van de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond bij de GGD GHOR zijn aangemeld weer (duurzaam) verzekerd?

In hoeveel gevallen resulteert aanmelding voor de SOV uiteindelijk tot een zorgverzekering, en hoeveel tijd is hiermee gemoeid?

Eerst nog even een korte samenvatting van het traject dat hieraan voorafgaat, het traject van zorgverlening tot aanmelding van gegadigden voor de SOV. Tabel 10 laat zien dat in de afgelopen jaren ongeveer 30% van de onverzekerde personen binnen 1 dag na de verleende zorg werd aangemeld, in 50 tot 70% van de gevallen duurde dit maximaal één week, en in ongeveer 10% van de gevallen ging er meer dan één week overheen.

Tabel 10: Percentage gemelde gevallen naar tijd tussen zorgverlening en melding, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal gemelde gevallen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
Tijd tussen zorgverlening en melding (= datum melding – datum zorgverlening):					
- <1 dag (= 24 uur):	/	19%	34%	30%	19%
- 1-7 dagen:	/	49%	63%	63%	69%
- >7 dagen	/	31%	4%	7%	12%

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

Om een inschatting te kunnen doen van hoeveel onverzekerde personen na aanmelding voor de SOV alsnog verzekerd raken, en hoeveel tijd daar overheen gaat, is voor elk van de opeenvolgende jaren aanvullend een aselechte steekproef genomen uit alle meldingen van personen die in dat jaar volgens het Meldpunt in principe ‘zorgverzekerbbaar’ waren. Uiteindelijk was voor de opeenvolgende aanmeld-cohorten de steekproef fractie als volgt: 2018: 9% (68/737); 2019: 6% (45/758); 2020: 10% (50/512); 2021: 10% (115/1.174); en 2022: 10% (139/1.395). Tabel 11 geeft een samenvatting van de frequentie van en duur tot verzekering na aanmelding van onverzekerde in het kader van de SOV.

Tabel 11: Verzekeringsstatus en tijd tot alsnog verzekerd raken na melding van onverzekerde, Rotterdam-Rijnmond, 2018-2022

	Jaar van aanmelding				
	2018	2019	2020	2021	2022 (t/m 4-5)
Aantal meldingen	1.133	2.449	2.508	2.957	1.941
- onverzekerbaar	396 (35%)	1.691 (69%)	1.996 (80%)	1.783 (60%)	546 (28%)
- overige (mogelijk verzekerd):	737 (65%)	758 (31%)	512 (20%)	1.174 (40%)	1.395 (72%)
- aangeschreven	89 (12%)	66 (9%)	94 (18%)	441 (38%)	129 (9%)
- verzekerd ^a	329 (45%)	663 (87%)	374 (73%)	287 (24%)	1 (<0%)
- nog niet in behandeling genomen	0 (0%)	0 (0%)	11 (2%)	159 (15%)	0 (0%)
- andere gemeente	118 (16%)	13 (2%)	30 (6%)	291 (25%)	421 (30%)
- overleg nodig	0 (0%)	1 (<1%)	0 (0%)	3 (<0%)	0 (0%)
- onbekend	201 (27%)	15 (2%)	3 (<1%)	2 (<0%)	844 (61%)
- verzekeringsstatus (mei 2022):					
- verzekerd ^a	42	40	40	56	32
- niet verzekerd (eerder vaak wel)	10	4	6	25	26
- onbekend	17	1	4	34	81
- melddatum bekend	52	44	45	51	31
- verzekerd bij melding:					
- al wel	14	22	15	19	18
- nog niet	38	22	30	32	13
- tijd van melding tot aan verzekering (cumulatief):					
- <1 maand	11 (29%)	3 (14%)	7 (23%)	6 (19%)	7 (54%)
- <6 maanden	12 (32%)	8 (36%)	18 (60%)	26 (81%)	13 (100%)
- <1 jaar	16 (42%)	9 (41%)	21 (70%)	32 (100%)	
- <2 jaar	27 (71%)	13 (60%)	30 (100%)		

- <3 jaar	31 (82%)	22 (100%)
- <4 jaar	37 (98%)	
- <5 jaar	38 (100%)	

Bron: Gegevens beschikbaar gesteld door Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam

^a Status 'verzekerd' op basis van VeCoZo-check, in het jaar van melding respectievelijk mei 2022.

Stakeholderbevraging – e-mailvragenlijsten professionele stakeholders

Studiepopulatie en respons

Er zijn in totaal 32 ingevulde vragenlijsten ontvangen. Het precieze aantal respondenten kan niet worden vastgesteld, omdat sommige vragenlijsten namens een onbekend aantal medewerkers van eenzelfde team of afdeling zijn ingestuurd. De respons per stakeholdergroep is weergegeven in Tabel 12.

Tabel 12: Overzicht van de respons op e-mailvragenlijst per stakeholdergroep

	Aantal stakeholders benaderd	Aantal responses	Responsgraad
Vragenlijst 1 (Medisch zorgverleners)	51	6	12%
Vragenlijst 2 (Maatschappelijk hulpverleners) ^a	60	12	20%
Vragenlijst 3 (Medisch en maatschappelijk zorg- en hulpverleners) ^b	11	9	82%
Vragenlijst 4 (Hulp- en dienstverleners betrokken bij administratieve of materiële aspecten van medische zorg)	16	5	31%
Totaal	138	32	23%

^a 1 van de 12 responses werd verkregen tijdens bezoek aan opvanginstelling

^b 5 van de 9 responses werden verkregen tijdens bezoek aan opvanginstelling

Vragenlijst 1 voor medisch zorgverleners werd ingevuld door twee apothekers, twee medisch specialisten (spoedeisende hulp en chirurgie), een arts in opleiding tot specialist (AIOS; spoedeisende hulp) en een verpleegkundige (psychiatrie). De respondenten van vragenlijst 2 waren werkzaam als coördinator Vraagwijzer, wijkteammedewerker, wijkcoach, jeugd- en gezinscoach en maatschappelijk werker bij de gemeente Rotterdam en diverse maatschappelijke opvanginstellingen. De derde vragenlijst voor medisch en maatschappelijk hulp- en zorgverleners werd beantwoord door straatdokters, van wie een deel tevens werkzaam was als regulier huisarts of arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG-arts), en straatverpleegkundigen in verschillende functies (o.a. zorgcoördinator, verpleegkundig begeleider). De hulp- en dienstverleners die reageerden op de vierde vragenlijst over hulp bij medische zorg werkten allemaal op financiële administratie-afdelingen en/of bij patiëntenbalies van SRZ-ziekenhuizen.

Werkervaring met rechtmatig in Nederland verblijvende mensen zonder zorgverzekering

Alle negen straatdokters en straatverpleegkundigen gaven aan het afgelopen jaar in hun werk te maken te hebben gehad met de SOV-patiëntenpopulatie. Met uitzondering van één van hen, die verklaarde zich voornamelijk bezig te houden met het behandelen van problematiek rondom licht

verstandelijke beperking (LVB), antwoordden zij allemaal dat ze deze patiënten het afgelopen jaar ook medisch noodzakelijke zorg hadden verleend, waarbij schattingen van het aantal patiënten voor wie ze dit gedaan hadden uiteenliepen van 'ongeveer 25' tot 'meer dan 100'. Één straatdokter leverde bij deze vraag cijfers uit zijn patiëntenregistratie-systeem aan, waaruit (volgens onze eigen doorberekening) bleek dat deze straatdokter in 2021 318 consulten (31% van het totaal aantal consulten) heeft gehouden met naar schatting 250 onverzekerde, niet illegale patiënten. Ook de zes 'reguliere' medische zorgverleners rapporteerden dat zij het afgelopen jaar medisch noodzakelijke zorg aan de onderzochte patiëntengroep geleverd hadden. Bij hen varieerde het aantal patiënten dat zij op die manier geholpen hadden van 'ongeveer 5' tot 'ongeveer 20'. En deel van de respondenten gaf aan deze aantallen niet te kunnen inschatten, omdat deze niet apart of niet door henzelf, maar bijvoorbeeld door de centrale zorgadministratie, waren bijgehouden. Om dezelfde redenen konden ook de respondenten die werkten op zorgadministratie-afdelingen van grote ziekenhuizen geen (accurate) indicatie geven van het aantal rechthebbende, onverzekerde patiënten aan wie zij het afgelopen jaar administratieve of materiële hulp bij medisch noodzakelijke zorg geboden hadden. Sommigen verwezen naar de gegevens die zij namens hun hele organisatie hadden aangeleverd ten behoeve van de inventarisatie van gegevens uit registratiesystemen (zie vorige onderdeel van dit resultatenhoofdstuk). Ten opzichte van de andere stakeholdergroepen hadden de maatschappelijk hulpverleners in het afgelopen jaar naar eigen zeggen het minst vaak professioneel van doen gehad met rechthebbende mensen zonder zorgverzekering: drie helemaal niet, één alleen indirect, via een collega (*'wel eens over gehoord van één van de Vraagwijzerconsulenten'*), en de overige zeven wel, maar slechts voor één of twee personen. Één wijkteammedewerker gaf aan geen inzage te hebben *'in de hoeveelheden klanten die niet verzekerd zijn en toch hulp nodig hebben'*. Toch zagen de meeste maatschappelijk hulpverleners wel degelijk een rol voor zichzelf weggelegd bij het toeleiden van mensen zonder zorgverzekering naar medische zorg. Veel van hen benadrukten hierbij het belang van het doorverwijzen naar/ initiëren van contact met straatdokters, die werden gezien als spin in het web naar toegang tot zorg. Zo omschreef één maatschappelijk hulpverlener zijn rol als volgt: *'toeleiden naar straatdokter, omdat eigen huisartsen/apotheek en ALLE ziekenhuizen in de regio Rotterdam door achterstallige betalingen bij zorgverzekering vooruitbetaling eisen voor een consult en de ziekenhuizen simpel weigeren iemand met betalingsachterstand of volledig onverzekerd te helpen.'* Straatdokters en straatverpleegkundigen zagen een dergelijke spilfunctie ook voor zichzelf: *'uitleg aan patiënten over verwijzingen naar het ziekenhuis in het kader van medisch noodzakelijke zorg en uitleg hierover naar medisch specialisten bij de verwijzing'* en *'ziekenhuizen wijzen op de Subsidieregeling en op de juiste wijze dit laten declareren'*. De respondenten die (ook) maatschappelijke hulp verleenden beschouwden de problemen omtrent medische zorg bij onverzekerde in een bredere maatschappelijke context, waarbij zij ook de verantwoordelijkheid moesten nemen om andere problemen dan onverzekerde aan te pakken. In dit verband spraken zij over *'het op orde brengen van de basiszaken'* met als voorbeelden *'het aanvragen van een adres'*, *'inschrijven bij de gemeente'*, *'helpen aflossen schuld bij het CAK en zorgen dat de extra aanmaning eraf gaat'*, *'inkomen genereren of aanvragen'* en *'zorgtoeslag aanvragen'*.

Bekendheid van de SOV

Alle staatdokters en straatverpleegkundigen en alle zorgadministratiemedewerkers van ziekenhuizen gaven aan al vóór dit onderzoek bekend te zijn met de Subsidieregeling Medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Ook de meeste andere medisch zorgverleners kenden de Subsidieregeling; de twee die de regeling beperkt of niet zeiden te kennen merkten hierbij op deze kennis ook niet nodig te hebben, omdat de financiële afhandeling van medische zorg centraal in het ziekenhuis geregeld werd. Het niet kennen van de Subsidieregeling vormde voor hen dus geen belemmering voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering. Onder de maatschappelijk hulpverleners was de SOV het minst bekend: slechts drie van hen gaven aan er goed mee bekend te zijn. Van de rest antwoordden vijf dat ze enigszins op de hoogte waren (*'Ik kende de naam, niet de inhoud'*; *'iets soortgelijks dacht ik, maar de benaming weet ik niet meer'*; *'Ik heb er iets over gehoord, maar heb mij er destijds niet in verdiept'*) en kenden vier de Subsidieregeling helemaal niet. Het verschil in kennis tussen deze stakeholdergroepen kan deels, maar niet volledig worden verklaard door eerder omschreven verschillen in mate waarin en manier waarop zij in aanraking komen met de SOV-patiëntenpopulatie. Zo omschreef een wijkcoach en OGGZ-expert die niet van het bestaan van regeling afwist *'in het wijkteam dagelijks mensen te zien die de structuur niet hebben als het gaat over zelfvoorziening en zelfredzaamheid'* en *'veel te maken te krijgen met bankslapers die al jaren geen registratie en hierdoor vaak ook geen verzekering hebben'*.

Informatievoorziening en communicatie m.b.t. wijzigingen in de SOV

De mate waarin de respondenten geïnformeerd zeiden te zijn over de meest recente wijzigingen in de Subsidieregeling varieerde eveneens. Deze variatie leek niet samen te hangen met verschillen in de datum van invullen van de e-mailvragenlijst (d.w.z. vóór of juist na de tijdelijke openstelling van de regeling voor vluchtelingen uit Oekraïne of het vervallen van de meldplicht). Vijftig procent van alle respondenten vertelden niet van de wijzigingen op de hoogte te zijn, en bij de maatschappelijk werkers lag dit percentage nog hoger (75%). De respondenten die aangaven wel van de wijzigingen te weten noemden hierbij verschillende informatiebronnen. Enkelingen gaven aan actief geïnformeerd te zijn via het CAK, het ministerie van VWS en/of interne communicatie vanuit de eigen organisatie. Anderen (uit diverse stakeholdergroepen) beschreven daarentegen dat zij de communicatie vanuit het CAK, het ministerie van VWS en de eigen organisatie *'erg beperkt'* vonden, of juist *'door de grote informatiestroom over allerlei onderwerpen'* (maatschappelijk werker van gemeentelijk wijkteam) hadden gemist. Zij hielden informatie zelf bij via het internet of zochten deze op zodra dit voor hen relevant was (*'indien zich een situatie voordoet gaan we op zoek naar de meest recente ontwikkelingen'*). Verder rapporteerden een aantal maatschappelijk hulpverleners, straatverpleegkundigen en straatdokters dat zij door (collega-)straatdokters van wijzigingen en actualiteiten op de hoogte werden gebracht.

Gebruik van de SOV

De respondenten die (hulp bij) medische zorg aan rechthebbende mensen zonder zorgverzekering hadden verleend maakten hiervoor vrijwel allemaal wel eens gebruik van de SOV. Degenen die deze vraag ontkennend beantwoordden, bedoelden hiermee dat zij niet zelf/ individueel een beroep op de regeling deden, maar dit overlieten aan collega's die deze taak op organisatieniveau uitvoerden.

Bijvoorbeeld: *'Ik ben niet bekend met de Subsidieregeling en hoef in de praktijk ook niets te regelen voor onverzekerden. In principe worden zij altijd behandeld op de SEH en gaat de financiële afhandeling via anderen.'* en: *'Ik weet dat we er gebruik van maken, maar gezien de regels en de tijd die dit kost wordt dit door de centrale inschrijving gedaan.'*

De meest genoemde reden voor SOV-gebruik was simpelweg het vergoed krijgen van onverzekerde zorg. De administratief zorgmedewerkers van de grote ziekenhuizen stelden dat de Subsidieregeling daadwerkelijk hielp en zelfs *'noodzakelijk'* was om medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering te financieren en dus te kunnen verlenen. *'Anders kost dit ons tonnen per jaar'*, en *'We hebben door de regeling de zekerheid dat de nota betaald gaat worden'*, aldus twee van hen. Een ander tekende aan de regeling te gebruiken in alle gevallen *'waarbij er uit het aanmeldingsproces (inclusief controle op de verzekeringsgegevens (COV)) geen duidelijk beeld naar voren komt rondom de verzekering [...] en er signalen zijn dat andere paden niet tot financiering leiden'*. Een apotheker vermeldde dat hij de SOV gebruikte indien dit in overleg met de maatschappelijke opvang en de hieraan verbonden straatdokter geïndiceerd bleek.

De redenen die werden opgegeven voor het niet gebruiken van de SOV waren – naast het niet kennen van de regeling – *'er niet goed genoeg aan denken'*, *'geen directe medisch noodzakelijke zorg'* verlenen, de regeling *'lastig'* vinden, en specifieke situaties waarin de meld- en subsidieprocedure voor een respondent niet helemaal duidelijk was, zoals *'wanneer iemand al bekend is bij het Meldpunt en de maatschappelijke opvang, maar nog geen verzekering heeft'* en *'bij herhaling na een maand; welk meldnummer dan te gebruiken?'*.

Algemene opvattingen over de SOV als voorziening voor medische zorginstellingen en mensen zonder zorgverzekering

De meeste respondenten gaven aan dat ze het *'belangrijk'*, *'noodzakelijk'* of zelfs *'een zegen'* vonden dat de SOV bestaat, omdat deze hen helpt in het financieren van of toeleiden naar medische zorg bij onverzekerde. Zo beschreef een administratief zorgmedewerker van een ziekenhuis: *'Goed dat het er is. Voordat wij gebruik maakten van de regeling, leidde dit vaak tot schrijnende situaties met kwetsbare patiënten, waarbij we uiteindelijk vaak zelf de kosten op ons namen. Nu is er in ieder geval financiering, en worden patiënten ontlast.'* Respondenten waren ook vanuit morele overwegingen positief over de SOV (*'iedereen heeft recht op goede (niet alleen levensreddende) zorg'*; *'medische noodzakelijke zorg [...] is een mensenrecht'*). Enerzijds vonden ze het *'jammer dat dit noodzakelijk is'*; anderzijds werd de mogelijkheid tot subsidie (en dus het verlenen van medisch noodzakelijke zorg) als *'prettig'* en *'geruststellend'* beschouwd. Desalniettemin werd opgemerkt dat de regeling *'niet waterdicht'* is. Zo gaven enkele ziekenhuizen aan dat ze soms nog patiëntengroepen missen en tegelijkertijd vrezen voor misbruik van de regeling. Één respondent zag de Subsidieregeling als een *'enorme luxe vergeleken met andere landen'* en *'als teken van onze welvaart, waarvan niet zeker is of die zal blijven bestaan'*. Een maatschappelijk werker van een opvanginstelling vertelde daarentegen: *'Op zich een goede voorziening die helaas niet wordt aangewend voor de doelgroep waarvoor deze bedoeld is, met extreem schrijnende gevallen tot gevolg waarbij soms de dood letterlijk vanwege de weigerachtige ziekenhuizen op straat op volgt.'*

Belemmeringen bij gebruik van de Subsidieregeling en toeleiden naar medische zorg, zorgverzekering en overige maatschappelijk ondersteuning

In alle stakeholdergroepen had het grootste deel van de genoemde belemmeringen te maken met onduidelijkheid en onenigheid over rollen en verantwoordelijkheden die verschillende belanghebbenden zouden moeten hebben in de medische zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering. Elf respondenten deden hierover hun beklag, waarbij zij vaak wezen naar andere organisaties, die hun verantwoordelijkheid onvoldoende zouden nemen. Vier respondenten (uit drie verschillende stakeholdergroepen) merkten in dit verband op dat medische zorginstellingen patiënten zonder zorgverzekering vragen om voor medisch noodzakelijke zorg een eigen bijdrage te leveren, wat soms resulteert in zorgmijding of agressief gedrag door deze patiënten en het niet verlenen van zorg door deze zorginstellingen. Zo vertelde een maatschappelijk hulpverlener: *'De huisartsen eisen eerst betaling terwijl patiënten – vaak dakloos/bankslaper – nauwelijks geld hebben. De ziekenhuizen in de regio Rotterdam zijn allemaal bekend met de CAK-regeling maar weigeren die uit te voeren. In plaats daarvan – als ze iemand al behandelen bij botbreuken en/of levensbedreigende ziektes – spreken ze een betalingsregeling af waarbij het voorkomt dat een patiënt gedurende 3 jaar € 100,00/maand voor de verleende zorg moet betalen.'* Een ander vertelde: *'Ziekenhuizen vragen mensen zonder verzekering of ze bereid zijn de kosten te betalen, zonder ze over de regeling te vertellen. Door niet tijdig indienen bij het CAK proberen ziekenhuizen de factuur vaak toch nog bij patiënten te declareren, soms met enige druk, door te dreigen met deurwaarders.'* Zorgadministratiemedewerkers van ziekenhuizen vonden het vervelend dat de inspanningsverplichting om te pogen kosten op patiënten zelf te verhalen vaak niet bekend was bij collega's van andere organisaties (*'wij krijgen vragen waarom wij de patiënten "lastig vallen" met facturen die in aanmerking zouden komen voor de Subsidieregeling'*) en gaven aan dat deze inspanningsverplichting hen soms voor een moreel dilemma stelde: *'Het CAK vermeldt op zijn website dat we "moeten vaststellen dat deze persoon geen eigen middelen heeft om de rekening (gedeeltelijk) te voldoen". Strikt genomen zouden we dus eerst de rekening naar de patiënt moeten sturen en pas bij gebrek aan betaling de subsidie moeten aanvragen, maar die werkwijze zou tot onverantwoorde willekeur leiden, waarbij je patiënten eerst angst aanjaagt met facturen van in ons geval soms tienduizenden euro's, en vervolgens de wanbetalers beloont door geen incasso op ze af te sturen maar in plaats daarvan subsidie aan te vragen.'* Verder werd er onvoldoende samen-/medewerking ervaren bij het regelen van crisiszorg en het verkrijgen van medische hulpmiddelen van paramedische bedrijven. Over dit laatste zeiden twee straatverpleegkundigen: *'Ja, [wij ervaren belemmeringen] bij verkrijgen medische noodzakelijke hulpmiddelen. Zoals: rolstoel, AD matras, voedingspomp, sondevoeding, alle verband materialen'* en *'op het moment dat hulpmiddelen nodig zijn, krijg je die niet geregeld'*.

Er bleken ook nog altijd onduidelijkheden te bestaan over het gebruik van en de wijzigingen in de SOV. Twee maatschappelijk hulpverleners noemden als barrière dat zij vanwege onbekendheid nooit naar de regeling hadden verwezen, terwijl ze wel degelijk moeite hadden gehad om goede zorg voor onverzekerde patiënten gerealiseerd te krijgen. Zorgadministratiemedewerkers vermeldden dat *'het veelvoud aan regelingen'*, waarbij *'GGD en CAK vaak naar elkaar verwijzen'*, *'de informatie van CAK niet beschikbaar of onvolledig is'* en *'er ook vanuit verzekeraars nog allerlei regelingen zijn die*

overlappen, voor verwarring zorgde. Daarnaast was het voor meer zorgadministratiemedewerkers onduidelijk hoe en waarvoor er ten tijde van de meldplicht precies toestemming van patiënten zou moeten worden gevraagd, en waarom en wat er alsnog gemeld zou moeten worden in het geval deze toestemming ontbrak.

Een aantal respondenten gaf aan moeite te hebben met de grote hoeveelheid administratieve taken die het gebruik van de Subsidieregeling en/of het toeleiden naar zorgverzekering opleverde. Zo antwoordde een apotheker: *'Het is een heel gedoe; DAEB-overeenkomst aanvragen, UZI-pas geschikt maken voor aanmelden bij GHOR, op tijd aanmelden bij de GHOR, na 30 dagen opnieuw aanmelden'*. Een straatarts noteerde: *'Het kost tijd, moet iedere keer even zoeken hoe het ook alweer werkt, [...] vergeten aan patiënten te vragen of het akkoord is'*. Zoals blijkt uit deze voorbeelden ging het hierbij vaak (ook) over administratieve lasten van de inmiddels vervallen meldplicht bij de GGD GHOR, die werd getypeerd als *'een papieren tijger'* en bekritiseerd vanwege *'de tijdsdruk van 7 dagen'* en omdat *'het vragen van toestemming van patiënten uit een kwetsbare groep ingewikkeld is, aangezien communicatie rondom zorg vaak al ingewikkeld is zónder de bureaucratie erbij te halen'*. Er was ook kritiek op de subsidieprocedure bij het CAK; die werd omschreven als een *'methodiek van de vorige eeuw'*, met *'veel teveel rompslomp'* en *'onuitvoerbare regels'*. Één medisch zorgverlener (apotheker) gaf aan dat de administratieve afhandeling te doen was voor een kleine groep patiënten, maar lastig zou worden bij een voorziene toename van de groep. Twee maatschappelijk hulpverleners en een straatdokter beschreven dat het regelen van medische zorg en een zorgverzekering erg ingewikkeld en tijdrovend is als de betreffende persoon evenmin een adres, inkomen of geldig identiteitsbewijs heeft.

Tot slot noemden twee respondenten dat subsidieaanvragen (voorbeelden: dure geneesmiddelen, GGZ-zorg) in hun beleving soms onterecht worden afgewezen, wat leidt tot meer discussie en administratief werk. Een aantal andere respondenten deelden echter ook positieve ervaringen, die lieten blijken dat de financiële afhandeling in de loop der jaren veel verbeterd is: *'Een aantal jaren geleden duurde de afrekening van de declaratie zeer lang. Soms wel 3-4 maanden en dan ging het maar om 2 of 3 onverzekerden. Het laatste jaar is dit zeer verbeterd en volgde de afhandeling vaak binnen een maand.'*

Door professionele stakeholders aangedragen verbeteropties

Om belemmeringen weg te nemen deden de respondenten van de e-mailvragenlijst vooral suggesties voor: vereenvoudiging van de aanmeld- en subsidieprocedures; beter toegankelijke, beter afgestemde en coherente informatievoorziening over de SOV; wijzigingen in het landelijke zorgbeleid en de bijbehorende wet- en regelgeving; en meer eenduidigheid en onderlinge samenwerking inzake medische zorg en maatschappelijke ondersteuning bij onverzekerde. Om herhaling te beperken, zijn deze suggesties geïntegreerd in het overkoepelende hoofdstuk **5. Conclusies en aanbevelingen**.

Stakeholderbevraging – Oriëntatiegesprekken en diepte-interviews met professionele stakeholders

Studiepopulatie

Oriëntatiegesprekken en diepte-interviews zijn gehouden met stakeholders van onderstaande instanties:

- Landelijke partners:

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Koepel Gemeentelijke Gezondheidsdiensten en Geneeskundige Hulpverleningsorganisaties in de Regio (GGD GHOR)
- CAK Regeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV)
- CAK Regeling onverzekerden
- Landelijk Meldpunt Zorg van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (LMZ-IGJ)
- Zorgverzekeringslijn
- Zorgverzekeraars (twee, beide ook actief in de regio Rotterdam-Rijnmond)

- Lokale/ Regionale partners:

- Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam (inmiddels Meldpunt Zorgen Om Een Ander Rotterdam, een overkoepelend meldpunt voor integrale zorgmeldingen)
- Team Vangnet en Advies, gemeente Rotterdam
- Wijkteams, gemeente Rotterdam
- Team Briefadressen, gemeente Rotterdam
- Centraal Onthaal, gemeente Rotterdam
- Afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling, gemeente Rotterdam
- CVD Havenzicht Rotterdam (straatverpleegkundige, maatschappelijk werker, straatdokter)
- Pauluskerk Rotterdam (straatdokter)
- GGZ-instelling Antes, Rotterdam (zorgadministratiemedewerker, GGZ-medewerker)
- SRZ-ziekenhuizen ('contactpersonen onverzekerden', zorgadministratiemedewerkers van patiënten- en onverzekerdenbalies, transferverpleegkundige, maatschappelijk werker)
- GGD Haaglanden, afdeling Onderzoek

Een aantal van de voor een interview benaderde instanties (o.a. Team Detentie & Re-integratie gemeente Rotterdam, belangenorganisaties arbeidsmigranten) kon niet worden bereikt of gaf aan om gegronde redenen geen bijdrage te kunnen leveren.

Ontwikkelingen in de omvang van de SOV-patiëntenpopulatie

Volgens verschillende respondenten is de omvang van de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering zowel landelijk gezien als in de regio Rotterdam-Rijnmond de afgelopen jaren flink toegenomen. De verklaringen die zij hiervoor aandroegen zijn tweeledig. Enerzijds verwezen ze naar de tussentijdse (en eerder al uitvoerig omschreven) aanpassingen waardoor de SOV-doelgroep ruimer werd afgebakend, zoals het vervallen van de voorwaarde van verzekeringsplicht en de (tijdelijke) openstelling voor vluchtelingen uit Oekraïne. Anderzijds zijn ook de doelgroep en het probleem waarvoor de SOV al sinds de inwerkingtreding soelaas dient te bieden volgens hen groter

geworden; het aantal zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering is steeds verder toegenomen, en die toename heeft zich ook recentelijk en ondanks de invoering en versoepeling van de SOV verder doorgezet. Naast de wijziging in de Zorgverzekeringswet, waardoor mensen uit de zorgverzekering worden gezet bij verlies van adres, werden in dit verband ook nog een aantal andere maatschappelijke ontwikkelingen aangehaald, waaronder de woningnood (ook in Rotterdam), de coronacrisis, de oorlog in Oekraïne, de energiecrisis en de economische inflatie.

Ontwikkelingen in samenstelling van de SOV-patiëntenpopulatie

De geïnterviewde Rotterdamse zorgmedewerkers en maatschappelijk hulpverleners constateerden dat niet alleen de omvang, maar ook de samenstelling van de SOV-patiëntenpopulatie in de afgelopen jaren behoorlijk veranderd is. Zo signaleerden zij een toename van het aantal mensen met een niet-Nederlandse nationaliteit en jongeren onder de 18. In het ziekenhuis, de GGZ, de revalidatiezorg en bij de straatdokter zagen zorgmedewerkers een groeiend aantal (gewezen) arbeidsmigranten, veelal uit Oost-Europa. Deze arbeidsmigranten waren eerder meestal collectief verzekerd bij een speciale zorgverzekering voor internationaal werkenden, maar die verzekering stopt zodra het werk (veelal op basis van niet-schriftelijke, tijdelijke arbeidsovereenkomsten) ophoudt en dat beseffen lang niet alle arbeidsmigranten. In 2022 was er plotseling de enorme toestroom van onverzekerde en zorgbehoevende vluchtelingen uit Oekraïne. Het aantal bankslapers is volgens meerdere geïnterviewden *'explosief'* toegenomen (onder hen relatief veel mannen van ≥ 35 jaar, die na echtscheiding uit huis gaan en bij vrienden intrekken). Meer in het algemeen hebben groeiende schuld- en huisvestingsproblematiek geleid tot een toename van het aantal mensen dat hun zorgverzekering niet meer kan betalen: *'Het eerste wat mensen die in de problemen komen niet meer gaan betalen, is de zorgpremie'*, aldus een zorgverzekeraar. Ook de groep mensen die hun zorgverzekering niet wil behouden en evenmin wil meewerken aan hulp bij het krijgen van een zorgverzekering en/of (gemeentelijk) briefadres is volgens de respondenten gegroeid. In het algemeen hebben SOV-verruiming en maatschappelijke ontwikkelingen (ook in politieke kleur) ertoe geleid dat men de grip op de SOV-doelgroep wat verloren is: *'Ook die verruiming, zeg maar, op welke doelgroep had het betrekking. We hebben heel lang met elkaar gesproken, hoe kan je daarop meer zicht krijgen? Dat is moeilijk [...]. Verzekeringsplicht, dat zit natuurlijk ergens wel op de achtergrond. Maar ja, dat krijg je nooit helemaal naar praktische aanknopingspunten vertaald. [...] Dat ligt ook aan welke politieke kleur er is. Kijk toen de regeling begon, zat daar een minister die zei "ik wil geen aanzuigende werking". Dat werd een hele strakke regeling. Ook niet altijd werkbaar, hè? Daar zat weinig souplesse in. [...] Maar ja, het is wel aan alle kanten losgelaten.'*

Oneigenlijk gebruik

In alle gesprekken waar het onderwerp misbruik ter sprake kwam, bevestigden geïnterviewden dat dit voorkomt. Een zorgadministratiemedewerker van een ziekenhuis zei hierover: *'We worden veel belazerd... mensen die zeggen: "maar in Nederland is zorg toch gratis?", medisch toeristen, shoppers, fraudeurs.'* Het willens en wetens ontduiken van de verzekeringsplicht is mogelijk in frequentie toegenomen door anti-overheidssentimenten die ontstaan zijn als gevolg van toegenomen polarisatie, schandalen als de toeslagenaffaire, en een *'dwangbuisgevoel'* dat sommige burgers

hebben overgehouden aan de *'top-down coronamaatregelen waarmee veel vrijheden werden ontnomen'*. *'Zeker de laatste twee jaren, sinds de pandemie, merken wij dat dat veel meer speelt dan daarvoor, "waarom bepaalt de overheid dat ik me moet verzekeren?"*

De respondenten waren het er tevens over eens dat het versoepelen en het vergroten van de bekendheid van de SOV onder zowel patiënten als zorgmedewerkers zelf hebben geresulteerd in meer oneigenlijk gebruik, wat wijdverbreider misbruik ook nog eens verder in de hand zou kunnen werken (aanzuigende werking). Een medisch en maatschappelijk hulpverlener verwoordde dit als volgt: *'Dat [misbruik] is echt een groot nadeel van versoepelen en breder bekend maken. [...] Mensen die denken: "Ik betaal €160- €170 premie per maand [...], maar als ik dan een keer zorg nodig heb, moet ik ook nog tot €400 per jaar eigen risico betalen. En mijn buurman betaalt niks, die houdt hartstikke veel geld over en kan ook gewoon zorg krijgen. Ja kom nou, waarom zou ik dan wel premie betalen?"*

De opvattingen over de ernst en aanvaardbaarheid van (potentieel) misbruik verschilden: *'Ja... er wordt van iedere regeling misbruik gemaakt, maar met zo'n SOV gaat het er natuurlijk om dat je de mensen eruit vist die zorg nodig hebben, en die ook best bereid zijn om een verzekering af te sluiten, als ze die ruimte krijgen en ook allerlei andere problemen opgelost gaan worden'* versus *'Als wij in een ander land zorg nodig hebben, zouden ze je voor dood laten liggen, en hier betalen wij Nederlanders ons groen en geel aan een zorgverzekering die dus deels opgaat aan een SOV waarvan ook nog misbruik wordt gemaakt'*. Dergelijke opvattingen leken samen te hangen met aangehaalde (indrukwekkende) ervaringen met de SOV-patiëntenpopulatie (*'wij zien zoveel schrijnende gevallen en ook misbruik is vaak onderdeel van bredere problematiek'* versus *'wij krijgen met geweld te maken en moeten dan de beveiliging erbij roepen'*). Ze leken tevens gevormd door zowel moreel-ethische als financiële en praktische afwegingen tussen bereik en rechtmatig gebruik onder de beoogde doelgroep enerzijds, en misbruik anderzijds: *'Dus ja, ik zit daar ook met een bepaalde mate van dubio in: je wilt niet dat je een soort enorm onrechtmatig gebruik van de Subsidieregeling krijgt, maar aan de andere kant wil je wel dat mensen die zorg nodig hebben en recht hebben op deze regeling tijdig toegang hebben tot zorg, zodat je die zorgconsumptie ook enigszins kan drukken. En dat is denk ik het spanningsveld waar je continu in zit.'*

Voorlichting van de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering

Ter voorkoming van oneigenlijk gebruik van de SOV is er op publieke websites van bijvoorbeeld de overheid en ziekenhuizen weinig informatie over te vinden: *'De SOV is voor elke onverzekerde persoon. Dus eigenlijk ook jij en ik hè? Maar dat is niet de bedoeling, want je hebt natuurlijk ook mensen die om bepaalde redenen de verzekeringsplicht ontduiken. Daarom wordt er op de publieke websites [...], voor publiek, wordt er niet heel veel informatie gegeven over deze regeling. Eigenlijk alleen insiders weten dat deze regeling bestaat.'* Andere professionals, met name degenen die (ook) maatschappelijke zorg boden, begrepen dit, maar schroomden zelf minder om patiënten indien nodig op de SOV te attenderen. Maatschappelijke opvanginstellingen vertelden o.a. tijdens spreekuren kaartjes te verspreiden die hun patiënten aan zorgmedewerkers in het ziekenhuis zouden kunnen laten zien.



IEDEREEN kan zorg krijgen

Bent u zorgverlener van een EU-burger zonder inkomen?

U kunt de **MEDISCH NOODZAKELIJKE** zorg vergoed krijgen via

<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden>

Een medewerker van een gemeentelijk team vertelde over een vergelijkbaar, maar (nog) niet gerealiseerd plan: *'Ik heb eerder ook intern besproken [...] eigenlijk zouden we voor alle echt daklozen, en misschien ook wel voor bankslapers, een soort zorgverzekeringspasjes moeten maken, die je af kan geven, waarin staat van "ja, ik ben niet verzekerd, maar op basis van deze regeling kan ik wel gebruik maken van zorg en dit kunt u op deze manier als ziekenhuis declareren". Volgens mij is dat nooit helemaal van de grond gekomen.'*

In het kader van fraudebestrijding noemden sommige respondenten de inspanningsverplichting voor zorginstanties om kosten op patiënten zelf te verhalen. Over de manieren waarop zorginstanties hier gehoor aan geven waren de meningen echter verdeeld. Sommige zorgmedewerkers vonden het huidige beleid van hun organisatie of hun eigen werkwijze *'nog steeds te soft'* en hamerden op het belang van *'afschrikken'* en *'sneller onderscheppen'* van mensen zonder zorgverzekering, bijvoorbeeld door middel van tickets waarmee patiënten bij de inschrijfbalie als onverzekerd worden aangemerkt/ gelabeld. Andere vonden deze tickets, alsmede de icoontjes in patiëntendossiers, stigmatiserend en benoemden de nadelen van afschrikbeleid en negatieve beeldvorming. *'In [naam zorginstantie] stond bij ingang "als je onverzekerd bent dan moet je €200,00 betalen aan de balie, anders ben je niet welkom". [...] Daar gaan we mensen in verliezen. Mensen die nu vaak door onwetendheid, maar ook door schaamte, en door een negatief beeld van hun eigen situatie, denken "het zal wel niet kunnen, dus ik ga er maar niet om vragen". Zolang er rondom onverzekerden een sfeer is van schande, je had het moeten regelen, je kost hartstikke veel geld, je gaat niet geholpen worden [...] zullen heel veel onverzekerden bij voorbaat al afhaken. [...] Of te laat komen bij wat ernstigere klachten, waardoor je dan soms superdure acute zorg nodig hebt.'*

Er kwam vanuit de maatschappelijke en medisch-maatschappelijke zorg ook kritiek op de werkwijze waarbij zorgadministratiemedewerkers langsgaan bij patiënten die opgenomen zijn en geen zorgverzekering hebben, soms zelfs op de IC (indien de betreffende persoon aanspreekbaar is): *'In ziekenhuizen wordt veelal aan het bed aan de cliënt gevraagd of de zorg betaald kan worden... soms gaat het om duizenden euro's. Ook zonder financiële middelen stemt diegene vaak toe, uit angst om geen zorg te krijgen.'* Volgens hen ervaren patiënten de toonzetting als stressvol en bedreigend, temeer omdat ze zich ernstig zorgen maken over hun gezondheid en daardoor emotioneel kwetsbaar zijn.

Ontwikkelingen in het gebruik van de SOV

Landelijke woordvoerders van VWS, CAK en GGD GHOR bevestigden dat het gebruik van de SOV in de afgelopen jaren is toegenomen, waarbij zij verwezen naar cijfers over de landelijke ontwikkelingen in uitgaven. Zij vertelden ook dat de SOV in de afgelopen jaren relatief gezien beduidend meer gegroeid is dan andere subsidieregelingen voor mensen zonder zorgverzekering, zoals de OVV, de RMA en de Regeling wanbetalers (zie ook het hoofdstuk **'Context en achtergrond'** in het deelrapport **'Wetenschappelijke onderbouwing'** bij deze evaluatie). Doordat de SOV *'nog geen stabiele regeling is'* en maatschappelijke ontwikkelingen de afgelopen tijd grillig bleken, is de groei in de nabije toekomst moeilijk te prognosticeren. (N.B. Dit bemoeilijkt ook het proces om de SOV in bestaande wetgeving te verankeren, zoals voor de OVV gebeurd is in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.) Waar een enkeling hardop speculeerde over de houdbaarheid van de SOV in diens huidige vorm (zonder prijsplafond), benadrukten anderen dat de SOV ook ondanks de groei budgettair gezien nog altijd een weinig omvangrijke subsidieregeling is: *'Maar ja, ter relativering, het is één promille van de totale kosten [Rijksfinanciën]. Dus waar hebben we het over, denk ik dan altijd. Nou goed, daar kan je anders tegenaan kijken.'*

Rotterdamse zorgmedewerkers konden (logischerwijs) weinig concrete uitspraken doen over het algehele gebruik van de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond; zij onderstreepten vooral dat er tussen zorginstanties veel variatie bestaat in of, en zo ja, hoe vaak (en hoe) deze zich op de SOV beroepen. Ervaringen en opvattingen m.b.t. de omgang met en de redenen voor het al dan niet gebruiken van de SOV verschilden. Hieronder bespreken we er een aantal: bekendheid met, kennis van en gebruiksvriendelijkheid van de SOV, financiële onzekerheid bij het verlenen van zorg, en rollen en verantwoordelijkheden in de zorg en ondersteuning voor de SOV-doelgroep en de toepassing van de SOV.

Bekendheid met de SOV onder professionele stakeholders (voorwaarde voor gebruik)

Alle geïnterviewden gaven aan de SOV inmiddels ten minste op hoofdlijnen te kennen. Hun ervaringen m.b.t. de bekendheid van de regeling onder andere professionals en instanties varieerden. Volgens sommige landelijke gesprekspartners zou er, ondanks tegengestelde beweringen van straatdokters, eigenlijk geen sprake kunnen zijn van onvoldoende bekendheid met de SOV, in elk geval niet bij de grotere zorginstanties. Wel is het volgens hen denkbaar dat informatie *'intern, binnen zorgorganisaties onvoldoende doorsijpelt'*. Een medisch en maatschappelijk hulpverlener van de gemeente had eveneens de indruk dat er nog altijd sprake is van *'veel onwetendheid op de werkvloerniveaus'*. Geïnterviewde zorgverzekeraars brachten te berde dat zorgmedewerkers hen geregeld bellen met vragen over de financiële vergoeding voor medische zorg aan patiënten uit de SOV-doelgroep, wat hen deed vermoeden dat de kennis over de SOV niet bij alle zorginstanties toereikend is. Uit een aantal gesprekken kwam naar voren dat meer reguliere hulpverleners met onverzekerde werden geconfronteerd door de komst van vluchtelingen uit Oekraïne, voor wie medische zorg in 2022 tijdelijk onder de SOV kwam te vallen. Hiermee groeide voor deze hulpverleners de noodzaak van het aanvragen van vergoeding en is de SOV *'in een stroomversnelling terechtgekomen'* en *'bij een breder publiek bekend'* geworden én gebleven, ook nu er voor de gevluchte Oekraïners een nieuwe subsidieregeling (RMO) is: *'Uit signalen her en der hebben we teruggeregend dat er nog best wel wat zorgverleners waren die helemaal niet wisten dat deze*

regeling [SOV] bestond. [...] Voornamelijk zorgverleners die niet structureel met deze doelgroepen bezig zijn. [...] Die hadden [voorheen] al snel zoiets van “nou weet je, laat maar zitten, want als ik het kostenbatenplaatje maak om uit te zoeken hoe kan ik het vergoed krijgen en de tijd die ik daaraan besteed, die weegt niet op tegen het tarief van zo’n consult”. Maar nu met Oekraïne [...] had je opeens ook de huisarts in de kleine dorpjes in het Oosten of het Noorden van het land, die plots heel veel patiënten uit Oekraïne te behandelen kregen.’ De situatie rondom Oekraïne heeft ook onder uitvoerders van verwante onverzekerdenregelingen bijgedragen aan hun kennis over de SOV: ‘Nee, eigenlijk kende ik de SOV niet goed, dat is een heel ander team. Maar omdat we nu ook mensen uit Oekraïne hebben, weet ik er inmiddels wel wat meer van.’

Medewerkers van grotere zorginstanties in de regio Rotterdam-Rijnmond vertelden unaniem dat zij de SOV kennen. Zorgadministratiemedewerkers van de grote ziekenhuizen en GGZ-instellingen tekenden hierbij aan dat medisch personeel op de werkvloer wat hun betreft niet over inhoudelijke kennis van de SOV hoeft te beschikken: ‘We hebben de kennis bewust bij een kleine groep mensen gehouden, omdat het redelijk complex is en er regelmatig wijzigingen zijn’. En: ‘Omdat de ervaring leert dat maatwerk vereist is voor de verschillende scenario’s die er zijn, willen we dit uit handen nemen van ons overige personeel’. Maatschappelijk werkers en een transferverpleegkundige van een van deze zorginstanties beaamden dat zij geen detailkennis van de SOV nodig hebben, temeer omdat ze vanwege het bieden van niet-spoedeisende medische zorg pas met de behandeling hoeven te starten zodra financiële experts groen licht hebben gegeven.

De stakeholders van maatschappelijke opvangorganisaties waren bekend met de SOV, aangezien een groot deel van hun patiëntenpopulatie een zorgverzekering ontbeert; naar schatting één van deze organisaties was er bij ~20% van de opnames sprake van onverzekerdeheid. Bij het straatdokterspreekuur is het percentage patiënten zonder zorgverzekering nog veel hoger: ‘wel 9 van de 14 consulten’. Net als in de e-mailvragenlijststudie bleek de SOV niet bij alle maatschappelijk hulpverleners bekend. Daarnaast is de bekendheid volgens sommige geïnterviewden nog niet afdoende binnen reguliere, kleinschaligere zorginstanties. De Zorgverzekeringslijn, in 2006 door VWS ingesteld om landelijk d.m.v. trainingen, gastlessen, een telefoonlijn en chats uitleg te geven over de gewijzigde Zorgverzekeringwet, gaf aan dat het moeilijk is om juist deze hulpverleners met voorlichting over de SOV te bereiken. Maatschappelijk hulpverleners lijken niet zo happig op de informatie, omdat zij niet bepalen of medisch noodzakelijke zorg geboden wordt (en wordt gefinancierd): ‘In onze trainingen die we nu geven, [...], over de Wanbetalersregeling en over onverzekerdeheid, aan wijkteams en aan schuldhulpverleners en aan thuisadministratie, [...] benoemen we die Subsidieregeling altijd wel. Alleen vinden zij het ook lastig, omdat de medisch hulpverleners degenen zijn die er aanspraak op moeten maken.’ Kleinere, reguliere zorginstanties, zoals huisartsenpraktijken, zijn in hun ervaring ‘te verspreid’, en te druk of te weinig in aanraking met onverzekerdeheid: ‘Wij kunnen niet alle huisartsen informeren. En huisartsen zijn ook heel moeilijk te informeren. [...] Als we dus wel de stap zetten, dan zeggen ze van “nou, dankjewel voor de informatie, maar dit komt bij mij zo weinig voor dat ik daar geen behoefte aan heb”. [...] En huisartsen moeten al zoveel, die hebben al zoveel signaalfuncties [...]. We hebben toen echt wel ons best gedaan. Bij grote huisartsenpraktijken in gebieden waarvan we dachten dat ze nog wel wat onverzekerden tegen zouden komen, Amsterdam centrum ofzo en ook in het Westland, waar nog wel arbeidsmigranten

zitten zonder zorgverzekering [...]. Maar die [praktijken] waren niet geïnteresseerd in onze boodschap. Ja, toen hebben wij het eigenlijk een beetje teruggegeven aan VWS met “oké, we hebben ons best gedaan, dit is wat het is”.’ Hierbij moet wel worden vermeld dat dit interview nog vóór de oorlog in Oekraïne plaatsvond. In deze periode kreeg de Zorgverzekeringslijn, in tegenstelling tot de zorgverzekeraars die we spraken, weinig SOV-gerelateerde vragen: ‘We krijgen er eigenlijk amper vragen over. [...]. En als ze er al zijn, dan verwijzen we naar het CAK, maar dat gaat echt om misschien 3, 4, 5 per jaar.’

Misvattingen, ervaren gebruiks(on)vriendelijkheid en financiële onzekerheid bij zorginstanties

Ondanks de gegroeide bekendheid met de SOV is de ervaring van de Wijkteams, Vangnet, straatdokters en maatschappelijke opvang dat zorgverleners soms niet over de juiste informatie beschikken en zich onvoldoende in de (wijzigingen in de) Subsidieregeling willen verdiepen. Zij vermoedden dat de slechte start van de SOV hier een aandeel in heeft: *‘Het was in het begin bijna ondoenlijk om te melden én financiering losgepeuterd te krijgen. [...] Bij de start werd de Subsidieregeling veel onder de aandacht gebracht en hebben veel zorgverleners wel eens een poging gewaagd. Volgens mij zijn veel van hen toen afgehaakt... die hebben gedacht “laat maar” en nooit meer gekeken naar veranderingen of verbeteringen.’*

Sommige respondenten vonden de SOV nog altijd ‘niet makkelijk’ of ‘omslachtig’ in het gebruik, met ‘ingewikkelde formulieren die vaak veranderen’. De GGZ vreesde ten tijde van het interview voor een toename in papierwerk als gevolg van het nieuwe zorgprestatie-model. Desalniettemin waren professionals het erover eens dat de SOV-processen, en dan met name het declaratieproces bij het CAK, in de loop der jaren aanzienlijk verbeterd zijn.

Volgens landelijke woordvoerders hoeft er inmiddels ook geen financiële drempel meer te zijn voor het verlenen van medische zorg aan de SOV-doelgroep: *‘De evaluatie [VWS, 2021] concludeert dat de SOV zijn rol vervult, in die zin dat de bedoeling ervan was om beleidsmatig op te lossen dat mensen zorg werd onthouden, omdat de financiering van die zorg niet goed geregeld was. Nou, dat hebben we nu geregeld, voor 100% kan je wel zeggen. Dat was in het begin natuurlijk anders.’*

Volgens een deel van respondenten leidt financiële onzekerheid toch nog altijd tot enige terughoudendheid in het verlenen van zorg aan mensen zonder zorgverzekering, omdat vergoeding van de gemaakte kosten op voorhand nooit gegarandeerd is: *‘Het lastige is dat nog steeds heel veel baliemedewerkers van ziekenhuizen, maar ook heel veel apothekers, ja weet ik veel hoeveel zorgenden, die hebben ergens in hun hoofd gehoord van onverzekerden, heel moeilijk, je weet nooit of je je geld krijgt, dus we doen het maar niet.’* Dat ziekenhuizen voorschotten en eigen bijdragen vragen van patiënten zonder zorgverzekering (ook op de SEH; bedragen rond de €200 à €300) komt weliswaar voort uit de inspanningsverplichting om kosten waar mogelijk op patiënten zelf te verhalen (en misbruik terug te dringen/ voorkomen), maar blijkt ten dele toch ook ingegeven door financiële onzekerheid. Één van de ziekenhuizen gaf aan om deze reden het debiteurenbeleid zelfs te hebben aangescherpt. Middels presentaties op de afdelingen probeert het betreffende ziekenhuis artsen alerter te maken op a) de verzekeringsstatus van patiënten en b) of de te verrichten zorg echt nodig is én niet elders kan plaatsvinden. *‘Als er geen noodzaak is, ontmoedigen we afdelingen en artsen te behandelen, onder andere door te benadrukken dat kosten... oninbare declaraties ten laste*

van [het ziekenhuis/ de afdeling] zullen komen. Veel afdelingen zijn er positief over; zij zien de financiële verliezen ook wel.'

Omdat 'aan de voorkant niet altijd meteen duidelijk is tot welke groep patiënten behoren' en of ze in het geval van onverzekerde zelf zullen betalen, worden zij 'voor de zekerheid aangemeld bij de GGD GHOR'. Verschillende zorginstanties doen pogingen om arbeidsmigranten voor medische behandeling terug te sturen naar het land van herkomst: 'Vanuit het [ziekenhuis] en met de GGD zijn er nu ook afspraken gemaakt zijn over behandeling in het land van herkomst. Dus er gaat wel iets veranderen... we gaan dat meer filteren.'

Interpretatie en uitvoering van de SOV (verschillen tussen zorginstanties)

Een veelgehoord knelpunt inzake het gebruik van de SOV betreft de grote verschillen hierin tussen zorginstanties; deze verschillen zouden zorgen voor verwarring, inefficiëntie en onderlinge frictie m.b.t. rollen en verantwoordelijkheden, en bovendien zouden ze de medische zorg in het algemeen en de SOV-patiëntenpopulatie en in het bijzonder niet ten goede komen. 'Want ik weet, [naam straatdokter] heeft in 2020, of in 2019, nog met [beleidsambtenaar gemeente] en de SRZ om de tafel gezeten, een heel nieuwe protocol gemaakt voor de toegang van onverzekerden. Alle besturen hadden toegezegd dat ze zich daaraan zouden houden, en op werkvloerniveau is dat gewoon niet zo. Wij werden er wanhopig van.' Volgens sommige ingewijden zijn de verschillen in meldingen en declaraties tussen de Rotterdamse ziekenhuizen zo groot, dat ze onmogelijk volledig verklaard kunnen worden door verschillen in concentratie van zorgbehoevende patiënten zonder zorgverzekering. Ook hanteren zorginstanties nogal uiteenlopende procedures bij contact met een patiënt zonder zorgverzekering, en zijn zij slechts beperkt op de hoogte van elkaars procedures, zelfs in het geval van intensieve/ structurele onderlinge samenwerking: 'Er is bijvoorbeeld een patiëntengroep opgenomen bij [ander ziekenhuis], waar wij klinische intercollegiale consulten uitvoeren. Vaak blijkt dan pas later dat er sprake is van een afwijkende verzekering. [...] Wij zien graag meer duidelijkheid en samenwerking op dit punt.' Personeel van maatschappelijk opvang- en straatdokterlocaties gaf daarnaast aan dat de afhandeling van medische zorg die hun onverzekerde patiënten bij andere zorginstanties hadden ontvangen vaak op hun bord terecht kwam: 'De ambulancedienst blijft ons rekeningen sturen, omdat ze zelf tijdens korte en vaak acute zorgmomenten geen uitvraag hebben kunnen doen en zeggen dat ze niet binnen 7 dagen kunnen melden.' Ook reguliere zorginstanties kregen wel eens met dit soort situaties te maken: 'Of het [naam ziekenhuis] zei weet je wat, tegen de familie, van "onderteken nou maar wat, want dan wordt ie opgenomen." [...] En wat soms ook gebeurt: dat het [onverzekerde] niet in de aanmelding staat, omdat andere organisaties ook wel weten dat het een contra-indicatie is.'

Een positieve ontwikkeling, die eveneens enthousiast werd ontvangen door respondenten die er zelf niet bij betrokken waren of vanaf wisten, is het in 2022 opgerichte overlegorgaan 'Werkgroep Onverzekerden', waarin o.a. gemeente, contactpersonen onverzekerden van SRZ-ziekenhuizen en een straatdokter vertegenwoordigd zijn: 'Echt? Maar dit is een hele verbetering, dat er gewoon een regelmatig overleg is tussen betrokkenen die ook mandaat hebben.'

De interpretatie en invulling van het criterium van medische noodzakelijkheid bleek in de gevoerde gesprekken ook een bron van meerduidigheid: 'Elke zorgverlener heeft eigen idee over wat medisch

noodzakelijk is'. Sommigen, maar toch niet allen, vertaalden dit criterium naar alle zorg uit het Zvw-basispakket. Hoewel alleen medisch zorgverleners bepalen of er sprake is van medische noodzaak en het CAK hier bij het beoordelen van subsidieaanvragen niet op toetst (N.B. het enige zorginhoudelijke toetsingscriterium is of de verleende zorg onder een Zvw-aanspraak valt¹⁶), constateerden een aantal zorgverleners dat collega's er strengere criteria (dan Zvw-basispakketzorg) of moreel verwerpelijke criteria op nahielden. Zij uitten hun verontwaardiging hierover aan de hand van navrante voorbeelden, zoals een afwijzing van abortus na verkrachting. Verder betoogden een paar zorgverleners dat medische noodzakelijkheid ook te beargumenteren valt voor veel zorg die niet in Zvw-basispakket zit, zoals fysiotherapie en tandzorg: *'Met uitzondering van een wrat uit een oor halen is vrijwel elke zorg natuurlijk nodig, ook om te voorkomen dat het invaliderender en duurder wordt'*. Bij de beoordeling van medische noodzakelijkheid moet volgens hen dus ook aan de langere termijn worden gedacht: *'Als je nú geen maagtabletten voorschrijft, kun je wachten op maagbloeding, die gepaard zal gaan met duurdere zorg, die nog véél urgenter en veel meer medisch noodzakelijk is.'*

Een Rotterdams revalidatiecentrum is wat dit betreft met een bijzonder en *'in Nederland uniek'* initiatief gestart: het biedt patiënten zonder zorgverzekering medisch-specialistische revalidatie die vanuit de SOV wordt vergoed en is vorig jaar in samenwerking met de GGD en maatschappelijke opvangorganisaties gestart met het vooraf regelen van een bestemmingsadres om revalidatieopnames van onverzekerde mensen zonder adres (en dus nog zonder ontslagbestemming) mogelijk te maken. De motivatie hierbij was als volgt: *'Medisch-specialistische revalidatie, daar heb je een indicatie voor nodig. Maar wij vinden, ethisch gezien, dat iedereen er recht op heeft.'* Hoewel het revalidatiecentrum hiermee bewijst dat de SOV kan worden gebruikt voor het verlenen van revalidatiezorg, lijken de meeste andere revalidatiecentra nog niet enthousiast om hier ook mee aan de slag te gaan: *'Waar ik me over verbaas, is dat wij voor deze patiëntengroep nu aanmeldingen doorgestuurd krijgen van andere revalidatiecentra. Terwijl het goed te regelen is. Weet je, grote steden als Amsterdam en Den Haag, die kunnen ook gewoon gebruik maken van die Subsidieregeling.'*

Toegang tot en continuïteit van zorg (zorgweigering en uitgestelde zorg)

In het verlengde van voornoemde verschillen in interpretatie en uitvoering van de SOV en het doorschuiven van (veronderstelde) verantwoordelijkheden of juist initiatief nemen hierin, stelden een aantal professionals dat (onnodig) doorverwijzen, uitstellen en zelfs weigeren van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering nog steeds voorkomt. Net als in de e-mailvragenlijststudie (N.B. er was tussen deze deelstudies enige overlap in de bevraagde stakeholders) bekritiseerden zij hierom voornamelijk andere zorginstanties en specifieke zorgvormen, zoals GGZ-zorg, farmaceutische zorg, huisartsenzorg, paramedische zorg: *'Er zijn maar een paar apotheken in Rotterdam waarmee we dankzij veel investeringen in een samenwerkingsrelatie nu zaken mee kunnen doen.'* En: *'Er zijn natuurlijk genoeg huisartsen die zeggen "ja dat is allemaal veel te ingewikkeld voor mij." Die verwijzen als het spoed is naar de huisartsenpost. Ja we hebben ook te weinig huisartsen in bepaalde wijken, dus die worden ook overspoeld.'*

Uitgestelde of geweigerde zorg is meestal geen resultaat van grove nalatigheid of slechte intenties, maar van een veelal subtiele invloed die de wetenschap van de onverzekerde heeft op de interactie tussen patiënt en zorgverlener, zo nuanceerde één van de respondenten: *'Ik had laatst een straatdokter aan de lijn – en die weet dat medisch noodzakelijke hulp gegeven kan worden – die had bij een patiënt het vermoeden van nou dit zou wel eens maagkanker kunnen zijn, heeft 'm wel doorgestuurd, maar niet meteen het gebruikelijke duurdere onderzoek aangevraagd, maar toch een wat goedkoper onderzoek, want ja hij is onverzekerde. En toen is het in het ziekenhuis wel wat gezien op die foto, maar ze hebben niet echt doorgepakd en die man is ook weer een tijdje uit beeld verdwenen. Die komt na een half jaar met ernstige klachten en heeft nu forse maagkanker. [...] Er is niet zorg geweigerd echt, [...] maar zowel de patiënt als de zorgverlener kijkt tocht op een iets andere manier naar de situatie.'* Ook de vaak wat passievere of zorgmijdende attitude van de onverzekerde persoon in kwestie speelt dan dus mee: *'Heel veel patiënten hebben ook het idee "ja, ik ben onverzekerde, het zal wel niet kunnen". Waardoor de patiënt ook niet zijn vraag heel goed neerlegt en nog eens belt van hé ik heb dat onderzoek gehad, wat moet er nu gebeuren? [...] Het is ook de wisselwerking.'*

Omdat signalen over zorgweigering van mensen zonder zorgverzekering ook naar voren kwamen uit de interviews die zijn gehouden in het kader van de landelijke SOV-evaluatie, adviseerde VWS in haar evaluatierapport (2021) om een meldpunt in te stellen dat deze signalen zou gaan toetsen. Er werd voorgesteld om dit meldpunt te organiseren bij het Landelijk Meldpunt Zorg (LMZ) van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Bij navraag over huidige de stand van zaken liet het LMZ-IGJ weten dat het vanwege drukte en restricties vanuit wet- en regelgeving niet kon meewerken aan een interview; wel wilde het schriftelijk ingaan op een aantal vragen. Één van die vragen ging over de aantallen en aard van de meldingen en vragen die het LMZ-IGJ krijgt over weigering/ belemmering van medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering (landelijk en vanuit de regio Rotterdam-Rijnmond). Het antwoord luidde: *'We hebben gekeken naar het aantal meldingen, signalen of vragen die we vanaf 1 maart 2017, datum inwerkingtreding van de Subsidieregeling, tot op heden hebben ontvangen. We hebben in die periode in totaal 7 signalen/vragen ontvangen die (deels) over dit onderwerp gaan. De rode draad hiervan is: onbekendheid met regelingen voor onverzekerden en/of onwil om zorg aan hen te leveren. Degenen die contact opnamen met het LMZ waren betrokkenen en familieleden. [...] Omdat de regio niet standaard wordt geregistreerd, is het niet mogelijk om hier [de regio Rotterdam-Rijnmond] valide uitspraken over te doen. Er is in ieder geval niet één specifieke regio die opvallend vaak naar voren komt bij de ontvangen signalen.'* Het IGJ LMZ omschreef haar huidige rol in dezen als volgt: *'Wanneer iemand contact opneemt met het LMZ met een vraag of klacht over de kwaliteit van zorg, kan het LMZ diegene informatie en advies geven. Het LMZ noch IGJ behandelt zelf klachten, maar een signaal kan wel iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Daarom maakt het LMZ elke dag een overzicht van alle ontvangen vragen en klachten waarin de naam van de zorgaanbieder en een korte beschrijving van de klacht staan opgenomen. De IGJ gebruikt dit signaaloverzicht bij het toezicht op de kwaliteit van zorg. [...] Wat de hierboven beschreven 7 signalen/vragen betreft, heeft het LMZ betrokkenen in de meeste gevallen advies gegeven, zoals een verwijzing naar de Regeling onverzekerbare vreemdelingen en de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. De signalen zijn ook via het signaaloverzicht gedeeld*

met IGJ. Deze heeft vooralsnog gelet op aard en aantal van de signalen geen verdere acties ondernomen. Wel is er begin dit jaar een informatief gesprek geweest met [naam straatarts], die heeft benoemd waar hij tegen aan loopt.'

Rollen, verantwoordelijkheden en inspanningen m.b.t. het (actief) opsporen en aanpakken van onverzekerde

Uit de analyse van de interviews en oriëntatiegesprekken blijkt dat zich ook in het traject van traceren, benaderen en aanpakken van onverzekerde knelpunten voordoen, die beginnen bij onduidelijkheden m.b.t. rollen en verantwoordelijkheden in dit traject. Alle geïnterviewden – niet alleen degenen die in het gemeentelijke/ sociaalmaatschappelijke domein werkzaam zijn, maar ook medisch zorgmedewerkers (N.B. 'Meer onverzekerden verzekerd krijgen' is één van de drie speerpunten van de 'Werkgroep onverzekerden', van o.a. de SRZ-ziekenhuizen) – vonden actieve opsporing van onverzekerde en toeleiden naar zorgverzekering belangrijk. Veel van hen hadden echter het idee dat *andere* belanghebbenden hierin meer zouden kunnen of moeten doen dan zichzelf. Dat bleek al uit een aantal van de reacties (m.n. van stakeholders uit een aantal gemeentelijke teams) op e-mailverzoeken voor een interview, zoals: *'Ik heb daar weinig zicht op. Bij vragen roep ik altijd heel hard "meldpunt onverzekerde".'* Uitspraken van vergelijkbare strekking kwamen ook in diverse interviews voorbij: *'Voor ons team is het feit dat iemand niet verzekerd is niet per se een reden om outreachend hulp te verlenen, omdat er misschien helemaal geen medische zorgvraag ligt. Ja en dan nemen we een verantwoordelijkheid waaraan we eigenlijk helemaal geen vervolg kunnen bieden.'* Daarnaast gaven sommige respondenten aan dat het traceren van onverzekerde binnen hun werk niet de hoogste prioriteit heeft: *'Natuurlijk, ook ik wil dat iedereen verzekerd is, maar als ik het op de grote schaal zet van alles wat er mis gaat, is het voor mij niet altijd de grootste urgentie om daarop actie te ondernemen. Bij verward gedrag ondernemen we wel actie, met instemming van de persoon in kwestie.'* Andere maatschappelijk hulpverleners vertelden echter dat zij bij contact met cliënten wél standaard de verzekeringsstatus uitvroegen, om bij blijf van onverzekerde vervolgens te schakelen met collega's.

Een zorgverzekeraar was niet zo te spreken over de samenwerkingen met gemeenten bij de aanpak van onverzekerde: *'Het moet echt met een centrale rol voor de gemeente, [...]. We zitten regelmatig bij gemeenten aan tafel, ze beloven van alles... [...] Goede dingen, maar ze komen moeizaam van de grond. De mensen die ik dan ken bij de gemeente die hebben het allemaal veel te druk. Dat is bij [naam afdeling] en die praten dan weer niet met de collega's van [naam andere afdeling].'*

Er is eveneens onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming over rollen en verantwoordelijkheden bij de opvolging van meldingen (naar aanleiding van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering). De GGD GHOR verklaarde *'geen zicht te hebben'* op wat afzonderlijke gemeentes of GGD'en eventueel met meldingen doen. Wel is duidelijk dat hierin grote lokale en regionale verschillen bestaan en dat vervolghulptrajecten vaak zijn ingegeven door politieke prioriteit en beschikbare (financiële) middelen. *'Een melding van onverzekerde bij gemeente of GGD kan in de la blijven liggen, of er wordt een standaardbrief geschreven zonder vervolgacties, of een gemeente schrijft een brief en gaat op huisbezoek. [...] Begrijp wel dat bij de ene*

GGD de afdeling, maar ook GGZ en het meldpunt, noem maar op, veel beter is opgetuigd dan [bij] een andere. Het is afhankelijk van de mogelijkheden die ze hebben.’ Het belang van het Meldpunt Onverzekerden Zorg als bron van informatie is eveneens variabel: ‘De GGD in [naam regio] werkt voor meer dan 10 gemeentes en heeft meerdere lijntjes in de regio lopen waar ze meldingen uit krijgen van mensen die zorg nodig hebben. [...] Dan heb je iets minder risico misschien dat mensen teloor gaan. Als ze niet op deze manier [via het Meldpunt Onverzekerden Zorg] binnenkomen, dan komen ze wel via een andere route. [...] Rotterdam geeft wel uitdrukkelijker aan van “dit [Meldpunt Onverzekerden Zorg] is voor ons een belangrijke bron”.’ Dit laatste beeld werd bekrachtigd door een aantal regionale stakeholders, die aangaven dat hun beroepsgroep of afdeling onverzekerden niet (althans, niet systematisch of op een bruikbare wijze) registreert. Zo liet een medewerker van de Rijnmond Gezond Database, met medische data uit Huisartsen Informatie Systemen (HIS) van 500.000 patiënten in de regio Rotterdam-Rijnmond, per e-mail weten: ‘Bij extractie worden alle patiënt identificatie gegevens verwijderd ivm privacy, ook de financiële data wordt verwijderd. [...] Verder komen alleen de vaste patiënten in de database (langer dan 1 jaar ingeschreven), dit omdat patiënten de mogelijkheid moeten hebben om zich uit de database te laten halen (opt-out). Passanten staan er dus niet of sporadisch in. Helaas bevat de database dus geen registraties van onverzekerden die onder verschillende regelingen vallen, zoals de Subsidieregeling Medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.’ Van gemeentelijke teams hoorden we dat gegevens over onverzekerden ‘soms wel in vrije tekst’ worden geregistreerd, maar ‘niet optimaal uit het systeem te halen zijn’; ‘wij leveren daar geen rapportages over op met “we hebben dit aantal mensen dit jaar geholpen zonder zorgverzekering”.’

In een aantal gesprekken werd benoemd dat de werkwijze van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg wellicht niet helemaal past binnen de gemeentelijke taken en verantwoordelijkheden; met het aanschrijven van mensen zonder zorgverzekering om ze te wijzen op de zorgverzekeringplicht zou het Meldpunt ‘eigenlijk de taak van een zorgverzekeraar uitvoeren’, namelijk ‘inkomsten genereren voor een commercieel bedrijf’. Dit terwijl de gemeente ‘weliswaar een plicht heeft om voor kwetsbare burgers te zorgen, maar niet om hun verzekeringsplicht te controleren’. In één van de gesprekken werd bovendien gesuggereerd dat het Meldpunt mogelijk niet het enige gemeentelijke team is dat brieven stuurt aan mensen zonder zorgverzekering, terwijl deze teams hiervan onderling niet op de hoogte lijken: ‘[Naam medewerker Meldpunt] heeft een tijd mensen brieven gestuurd, toch? En ik hoorde dus dat zij [team Vroegsignalering] dat óók deden... brieven naar mensen die niet verzekerd waren. En dat heb ik toen gezegd, maar zij wisten daar van elkaar weer niet van.’ In het kader van de Regeling onverzekerden schrijft ook het CAK personen die WLZ-verzekeringplichtig maar niet verzekerd zijn (opgespoord door de Sociale Verzekeringsbank (SVB)) schriftelijk aan op het bij hen beschikbare adres. Naast deze werkwijze overlapt ook de doelgroep met die van het Meldpunt en de SOV (al is de doelgroep van CAK’s Regeling onverzekerden een stuk omvangrijker, aangezien deze ook personen omvat die geen medische zorg in Nederland hebben ontvangen of behoeven).

Ontwikkelingen in de meldprocedure

De procedure voor de afhandeling van meldingen is in de loop der jaren meermaals gewijzigd, ook onder invloed van landelijke ontwikkelingen. Deze wijzigingen zijn niet altijd vastgelegd in werkprocedures. De voornaamste en meest constante taak van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg betreft (betrof) het sturen van Nederlandstalige, formele brieven (per post) om aangemelde mensen te wijzen op de zorgverzekeringsplicht en door te verwijzen naar de Vraagwijzer in hun postcodegebied. Diverse respondenten trokken echter zowel de effectiviteit als de doelmatigheid en de wenselijkheid van deze procedure in twijfel. De eerste hiaten doen zich al gelijk na melding voor: door zorgmedewerkers aangeleverde gegevens blijken in veel gevallen onvoldoende persoonsgegevens te bevatten (N.B. voor zorgverleners zijn volledigheid en kwaliteit van melding geen voorwaarde om beroep te kunnen doen op SOV) of niet te kloppen (bijvoorbeeld wanneer zorgmedewerkers ‘voor de zekerheid’ en daardoor onnodig melden; dit hangt samen met o.a. de beperkte meldtermijn, administratieve lasten, onvoldoende of gedateerde kennis van de SOV, en onvoldoende zicht op onverzekerdenpopulaties a.g.v. gebrekkige EPD’s). Feitelijk kan het Meldpunt niets met ontoereikende en onnodige meldingen, maar *‘het kost wel allemaal tijd natuurlijk om die te verwerken en te beoordelen als niet verzekeraar’*. De verwerkingsprocedure werd bovendien moeilijk werkbaar bevonden: meldingen worden handmatig beoordeeld en verwerkt in een nauwelijks voorgedeed/ gestandaardiseerd systeem. Die werkwijze is foutgevoelig en tijdrovend, en werd ervaren als *‘een soort lopende band-werk’*. De schriftelijke aanschrijfprocedure voor meldingen die wél bruikbaar (b)lijken kent ook de nodige knelpunten. Respondenten vroegen zich af in hoeverre verzekeringsplichtige mensen zonder zorgverzekering op deze manier worden bereikt: *‘Het Meldpunt had eigenlijk [...] alleen maar de opdracht gekregen om brieven te sturen naar het verblijfadres. Maar onverzekerden, een verblijfadres, ja, hoe geldig is dat? Gaan ze die brief wel ontvangen?’* Evenzo vertelde het CAK dat zij met hun werkwijze voor de Regeling onverzekerden (die dus vergelijkbaar is met die van het Meldpunt) de SOV-doelgroep waarschijnlijk grotendeels mist: *‘Het kan best zijn dat degenen, de dak- of thuislozen enzo, wel bij ons zijn aangemeld. Maar het probleem is dat juist die groep door ons vaak niet wordt bereikt. [...] Onze regeling gaat om het [schriftelijk] aanschrijven van mensen die onverzekerd zijn. [...] Wij hebben geen emailadres, geen telefoonnummers, geen mogelijkheden om mensen op andere manieren te benaderen. Dus op de een of andere manier hebben wij minder met die groep te maken en komen die meer in kaart waarschijnlijk via de gemeente, via de GGD, via zorgverleners.’* Ook wanneer post van het Meldpunt wél fysiek aankomt bij de onverzekerde persoon in kwestie, is het nog maar de vraag of de boodschap op die manier overkomt: *‘Als mensen goed konden lezen, begrijpend waren en dit soort dingen goed konden regelen, dan waren ze niet onverzekerd geraakt.’* Behalve ineffectief werd de brievenprocedure hierom ook als discutabel en voor uitvoerders als weinig bevredigend beschouwd; deze gaat *‘tegen het geweten in’* en is *‘niet motiverend’*, want *‘niet de manier om deze mensen echt te helpen’* (maar wel: *‘achter mensen aanjagen die al geen geld hebben’* en *‘hen een schuld aanpraten’*). Om het bereik en de efficiëntie van de brievenprocedure en de maatschappelijke hulp te verbeteren, heeft het Meldpunt in het verleden kortstondig samengewerkt met Team Vangnet en Advies, maar de hiervoor benodigde uitwisseling van persoonsgegevens tussen beide teams bleek niet AVG-proof: *‘Kijk, daklozen... als ze in opvanglocaties zitten, dan krijgen ze altijd een adres en ook een verzekering; die hoeft het Meldpunt niet aan te schrijven. [...] Laten wij dat gaan filteren. Dus we*

hebben toen een aantal keren Excellijsten uitgewisseld. Ik heb van een lijst onverzekerden van hun, zonder adres, uitgezocht wie zitten er in de daklozensector, slapen ze ook. Oké, die gaan een adres en een verzekering krijgen. Mensen die niet in de daklozensector zaten, heb ik gebeld als er een telefoonnummer bekend was en geprobeerd op die manier te motiveren voor een briefadres. [...]

Soms via het wijkteam, als ze echt ergens stabiel verbleven. Maar al snel, ik geloof na een maand of 4-5, mocht dat niet meer, want zij [het Meldpunt] mochten die gegevens niet aan mij doorgeven.’ Om vergelijkbare redenen – het ontbreken van een wettelijke grondslag voor gegevensdeling – is per 1 augustus 2022 de gehele meldplicht opgeschort (voor zorg geleverd vanaf maart 2022). Het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg is hierover niet direct geïnformeerd. Overigens noemden een aantal respondenten de toestroom van vluchtelingen uit Oekraïne als primaire aanleiding: ‘Want het laatste half jaar, vanaf februari kregen GGD’en natuurlijk heel veel Oekraïense vluchtelingen en die gingen ook allemaal onder de regeling vallen voor medische zorg. Dat is de reden geweest om te zeggen van laat die meldplicht maar zitten. Want ja, het zijn enorme tijdrovende trajecten en met Oekraïners hoeven ze ook niks. Dus de vraag is even wat het oplevert en mag het en het is te veel.’ Ook andere stakeholders benoemden het kosten-baten-dilemma: ‘Ook dat moet je afwegen van ja, hè? Alle inspanningen die je ervoor gedaan hebt en toch het in contact komen met en het zicht krijgen op, hoe dat ook mee telt. Of alleen maar het feit dat uiteindelijk een zorgverzekering wordt afgesloten.’ Sommigen benaderden dit voornamelijk vanuit financieel perspectief: ‘Alleen bij de recidieven heeft het [na melding toeleiden naar zorgverzekering] soelaas. [...] Ongeveer een kwart is recidieven, dus we hebben uitgerekend dat het bij 12% verzekeringssucces ongeveer €700.000, €800.000 euro per jaar oplevert. Als dat percentage omhoog gaat, naar bijvoorbeeld 30%, dan zal het wat kunnen stijgen, maar het gaat natuurlijk nooit die miljoen opleveren die we hopen... Het is dus een relatief laag bedrag. [...] Ja, dus dan komt op een gegeven moment ook de afweging [...]: moet je wel wetgeving in het leven roepen, die eigenlijk naar verhouding zo weinig oplevert, want de kosten om deze mensen te proberen aan een verzekering te helpen, alle inspanningen die gemeenten verrichten, dat kost natuurlijk ook allemaal geld.’

Desalniettemin wordt die nieuwe wetgeving nu toch voorbereid en kunnen gemeenten en GGD'en naar verwachting in 2025 weer persoonsgegevens verwerken via het Meldpunt Onverzekerden Zorg. De gemeente Rotterdam werkt momenteel samen met een aantal partners aan een ‘tijdelijke workaroud’ om in de tussentijd toch maatschappelijke vervolghulp te kunnen bieden aan ingezetenen uit de SOV-doelgroep. Uit meerdere gesprekken bleek dat het plan voor herinvoering van de toestemmingsprocedure hierbij waarschijnlijk geen uitweg biedt; de ervaring leert dat het merendeel van de patiënten zonder zorgverzekering in de medische zorgpraktijk a) niet zomaar toestemming wil geven, bijvoorbeeld uit vrees te worden geconfronteerd met andere instanties waarbij er betalingsachterstanden of problemen zijn of kunnen ontstaan (zoals de Belastingdienst), wantrouwen jegens instanties en ervaren stigma en schaamte; of b) geen toestemming kán geven, bijvoorbeeld wanneer patiënten op het moment van zorg verward of buiten bewustzijn zijn. Daar komt bij dat c) zorgmedewerkers de toestemmingsverklaring vaak niet afdamen, ook niet toen dit een formele inspanningsverplichting was; ze hadden er geen tijd voor (bijvoorbeeld bij spoedzorg) of zagen er de noodzaak niet van in (‘wéér een extra formulier’).

Sommige partijen beschouwden het vervallen van de meldplicht vooral als voordeel: *'die dubbele administratie kostte veel tijd en waarvoor was dat nodig?'* Anderen waren van mening dat een SOV zonder meldplicht *'de drempel om medische zorg te verlenen weliswaar sterk verlaagt, maar helaas niet gunstig is voor het weer verzekerd krijgen van mensen'*.

Zorgverzekering vereist briefadres

Voor het afsluiten van een zorgverzekering is sinds 2014 een briefadres vereist. Dat geeft volgens veel geïnterviewden vaak problemen. *'Kijk, wat nu een heel groot probleem wordt, is als iemand zijn adres kwijtraakt, raakt ie binnen een maand zijn verzekering kwijt, terwijl iemand nog wel premie betaalt hè. Eigenlijk schandalig.'* En: *'Zorgverzekeraars schrijven personen soms al uit op het moment dat het adres nog door de gemeente in onderzoek is, en dit ongeacht premiebetaling.'* Volgens een aantal zorgmedewerkers gebeurt het ook dat mensen ten tijde van een medische opname hun zorgverzekering verliezen, bijvoorbeeld omdat zijzelf of familieleden de huur/ woning opzeggen: *'Mensen zijn daar vaak niet van op de hoogte, wat het geen woonadres hebben voor consequenties kan hebben. [...] Heel veel mensen weten dat gewoon niet. En het is ook niet iets wat je makkelijk kunt opzoeken.'* Zorgverzekeraars rechtvaardigden hun werkwijzen door zich te beroepen op landelijke regelgeving, die hun budget bepaalt op basis van het aantal ingeschreven verzekerden; blijkt dit aantal bij accountantscontrole te hoog te zijn geweest, dan volgt een (fikse) boete: *'Er is strenge controle op het aantal ingeschrevenen en als we dan bij controle over het afgelopen jaar te veel mensen te lang ingeschreven hadden staan, dan is het budget te hoog geweest en waren de rapen gaar.'* Het toetsen van de verzekeringsplicht en ondernemen van vervolgacties doen zij aan de hand van de Richtlijn toepassing gerede twijfel verzekeringsplicht (versie 2021), opgesteld door de SVB, het CAK, de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorgverzekeraars Nederland.³³

Rotterdamers zonder adres zouden een zorgverzekering moeten kunnen afsluiten via de gemeentelijke briefadresregeling. Ook dit instrument kent echter de nodige obstakels. Sinds briefadressen tevens particulier en online (sinds januari 2022) kunnen worden aangevraagd, is het aantal aanmeldingen enorm gestegen; de gemeente Rotterdam verwacht 4500 aanvragen in 2023, terwijl ze jaarlijks vooralsnog maar 1600 briefadressen verstrekt. *'Omdat we dus die multiproblematiek niet meer vragen voor een briefadres is natuurlijk het aantal aanmeldingen gigantisch gestegen, want we hebben gewoon een paar duizend bankslapers in de stad.'* Bijgevolg *'overstijgt vraag nu aanbod'* en zijn de wachttijden flink opgelopen (tot ongeveer 3 maanden bij particuliere aanvraag op het moment van interview). Vanwege de complexiteit van de regelgeving, lacunes tussen beleid en praktijk, en de snelheid waarmee maatschappelijke ontwikkelingen elkaar opvolgen bleek de versoepeling moeilijk te vertalen naar werkinstructies en daarmee ook naar de praktijk: *'De werkinstructies zijn nog steeds niet klaar. Dus al maanden geleden is de wet veranderd en hebben wij de verplichting om een briefadres te geven; we doen het wel, maar het wordt vaak geweigerd, want de werkinstructies zijn nog oud. En het lukt ze nog niet [...] om die werkinstructies zo te maken dat het werkbaar is én aan de wet voldoet. En telkens worden we ingehaald door de ontwikkelingen.'* Als gevolg hiervan ontstaan er volgens sommige respondenten onwenselijke nieuwe regels: *'Dus er is nu een onwenselijke regel ingeslopen die eigenlijk niet bestaat: je moet niet één, maar meerdere verblijfadressen opgeven om een gemeentelijk briefadres te kunnen krijgen. Dus als je*

op één adres verblijft, dan moet je je daar inschrijven en krijg je geen briefadres. Maar als jij drie adressen kan noemen, bijvoorbeeld ook van je zus en van je achterbuurvrouw, [...], dan krijg je wel een gemeentelijk briefadres. En eigenlijk is dat niet eerlijk en willen we dat niet hè. Bovendien krijgen straatdokters nu mensen aan hun bureau, zegt de straatdokter: “Ja, je kan bij de gemeente een gemeentelijk briefadres vragen, dan kan je een verzekering krijgen.” “Nee, ik moet minstens zoveel verblijfadressen opgeven, want anders krijg ik geen briefadres.” Zo hebben we dat niet afgesproken, maar dat is wel ontstaan.’ Anderen merkten op dat vereenvoudiging van de gemeentelijke briedadresprocedure niet de wettelijke eis doorbreekt dat het woonadres (de plek van verblijf) ook het adres van inschrijving moet zijn, en hiermee nog onvoldoende oplossing biedt in situaties waarbij iemand op een vast adres verblijft, maar zich daar niet mag of wil inschrijven, bijvoorbeeld vanwege de financiële consequenties die dit heeft voor de hoofdbewoner (o.a. kostendelersnorm, toeslagen, mede-aansprakelijkheid voor schulden bij de kredietbank). Dit is momenteel de meest voorkomende reden voor afwijzing van een gemeentelijk briefadres.

Een andere klacht is dat een zorgverzekering nu vaak de primaire reden is geworden voor het aanvragen van een briefadres, wat misbruik in de hand zou kunnen werken: *‘Mensen vragen een briefadres aan om een zorgverzekering te krijgen en te werken, en toch onder de radar te blijven. Steeds vaker wordt de post nauwelijks opgehaald.’* Enkele gemeentelijke stakeholders wensten in het kader van hun veiligheid beter te worden geïnformeerd over de aanvragers van een gemeentelijk briefadres: *‘Van sommige aanvragers is binnen gemeentelijke systemen bekend dat ze bijvoorbeeld agressief zijn, maar dat wordt niet aan Dienstverlening en Team Briefadressen doorgegeven.’*

Volgens zorgverzekeraars zouden barrières bij het verkrijgen van een gemeentelijk briefadres het afsluiten van een zorgverzekering niet in de weg hoeven staan. Ze verwezen hierbij opnieuw naar de Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht (versie 2021), waarin als volgt een optie staat omschreven om tegemoet te kunnen komen aan het zogeheten verwijtbaarheids criterium: *‘Vaak helpen medewerkers van maatschappelijke organisaties, zoals de Federatie Opvang en het Leger des Heils, deze mensen bij het verkrijgen van een briefadres. Maar dit lukt niet altijd. Om in deze gevallen op eenvoudige wijze tegemoet te kunnen komen aan het verwijtbaarheids criterium is afgesproken dat betrokkene een verklaring kan overleggen, afgegeven door (leden van) de Federatie Opvang, GGZ Nederland of de RIBW Alliantie, dat geprobeerd is een inschrijving op een briefadres te krijgen maar dat dit niet is gelukt. Zorgverzekeraars, gesteld voor de vraag of toepassing van het verwijtbaarheids criterium aan de orde is, hoeven voor de persoon ten behoeve van wie de verklaring is afgegeven, deze afweging dan niet meer te maken.’* Op de vragen hoe vaak, onder welke omstandigheden en op wiens verzoek een dergelijke verklaring (voor het ontbreken van verwijtbaarheid voor het niet hebben van een briefadres) wordt afgegeven (landelijk en voor de regio Rotterdam-Rijnmond) antwoordden Pers Nederlandse GGZ en stichting Valente (N.B. al sinds 1 januari 2020 – dus vóór publicatie van de richtlijn – een fusie van Federatie Opvang en RIBW Alliantie): *‘Van de betreffende regeling is bij mijn weten nog nooit gebruik gemaakt; ik betwijfel ook of er mensen zijn in de praktijk die er kennis van hebben.’*

Door professionele stakeholders aangedragen verbeteropties

Ook in de interviews met professionele stakeholders is de vraag gesteld welke verbeteropties zij zien. Om overlap met hoofdstuk 5 te vermijden, hebben we deze resultaten (geïllustreerd aan de hand van quotes) alleen in dit volgende hoofdstuk opgenomen (Zie hoofdstuk **5. Conclusies en aanbevelingen**).

Stakeholderbevraging – Diepte-interviews met (voormalig) patiënten uit de SOV-doelgroep van mensen zonder zorgverzekering

In het kader van een masteronderzoek binnen de opleiding geneeskunde zijn diepte-interviews gehouden met mensen die een medische zorgbehoefte hadden in een periode waarin zij niet zorgverzekerd waren. De bevindingen uit deze deelstudie zijn hierna kort samengevat. De resultaten worden in meer detail beschreven in het bijgevoegde verslag **‘De toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg en de maatschappelijke ondersteuning voor personen zonder zorgverzekering. – Patiëntenperspectief’**.

Onderzoekspopulatie

Twaalf personen (1 vrouw en 11 mannen en 7 van de 12 met Nederlandse nationaliteit) hebben deelgenomen aan de interviews. De leeftijd van onverzekerde raken en zorgbehoefteig zijn was gemiddeld 42,2 jaar (SD 12,6 met min-max; 27-66). Geen van de twaalf respondenten had betaald werk. Elf personen waren dak- en/of thuisloos, soms verblijvend in de opvang. Zeven personen hadden één of meer kinderen; bij drie van hen waren gedurende de periode van onverzekerde zijn één of meerdere minderjarige kinderen inwonend en niet verzekerd en bij één van hen was de kindbescherming betrokken.

Alle respondenten hadden gezondheidsklachten (diabetes, ondervoeding, sarcoidose, hartklachten, angst- en paniekstoornis met suicidaliteit, psychose, methadon- of andere verslaving, multitrauma, infecties, rughernia en ziekte van Graves) en bezochten verschillende zorginstellingen tijdens een of meer periodes van onverzekerde zijn.

Medisch noodzakelijke zorg

Voor negen respondenten kostte het krijgen van zorg ten tijde van de onverzekerdeheid meer moeite dan voorheen; er ging tijd verloren omdat ze niet meteen een zorgverlener troffen die bereid was zorg te verlenen en zij moesten meermaals aandringen om zorg of medicatie te mogen ontvangen. *‘Ik kreeg mijn insuline niet, ik mocht er ook niet zelf voor betalen.’* Voor enkele patiënten (longkanker met trombose van de halsslagader, psychose met val van grote hoogte, methadonverslaving en acuut coronair syndroom met later hartinfarct) heeft deze vertraging levenslange gevolgen, met irreversibele lichamelijke en mentale schade, die bij tijdige behandeling mogelijk had kunnen worden voorkomen.

Kennis over de SOV

Geen van de respondenten kende de SOV ten tijde van zorgbehoeften. Soms werd de regeling door de zorgverlener of een maatschappelijke instantie wel uitgelegd na levering van de zorg. Één van de patiënten gaf aan de regeling ‘best ingewikkeld’ te vinden, maar deze door de uitleg van zorgverleners steeds beter te begrijpen. Met betrekking tot de betalingswijze van de geleverde zorg wist het merendeel van de geïnterviewden niet dat zij zonder zorgverzekering recht hadden op medisch noodzakelijke zorg. *‘Intuïtief dacht ik dat er wel iets zou moeten zijn, maar wel via een organisatie (...) via ergens, want via jezelf vanaf buiten dat ga je niet redden. (...) Ik denk ze kunnen je*

moelijk laten doodgaan in dit land.’ De helft van de respondenten heeft de medische zorg gedeeltelijk of volledig zelf betaald en voor acht straatdokterpatiënten is de betaling via de SOV gegaan. Medicatie verkrijgen bij apotheken die samenwerken met de straatdokter leverde geen problemen op, maar de ‘eigen’ apotheken van de respondenten waren niet op de hoogte van de Subsidieregeling. Er was onder de respondenten geen sprake van zorgtoerisme. In elf van de twaalf gevallen verbleven de personen al in Nederland voordat zij ziek werden; de twaalfde patiënt was een arbeidsmigrant.

Impact op mentale gezondheid

Respondenten gaven aan veel zorgen, angst en stress te ervaren, omdat ze geen zorgverzekering meer hadden. Sommige hadden ook ervaring met boetes en/of extra toeslagen van het CAK, waardoor zij minder te besteden hadden of verder in de schulden raakten, met als gevolg onvoldoende geld voor de huur. Angst was er ook voor huisuitzetting en om ‘alles’, inclusief zorgverzekering, te verliezen. De financiële problemen leidden dikwijls tot gevoelens van schuld en schaamte. Soms hadden ook ‘fysieke’ aandoeningen een aanzienlijke impact op de cognitieve en mentale gezondheid: *‘Mijn schildklier laat mij ook heel anders voelen. Als je stress, stress je veel sneller en zo, dan is het veel chaotischer.’*

Reden van onverzekerd raken en blijven

Zes van de 12 respondenten raakten in financiële problemen vanwege een relatiebreuk of echtscheiding. Eén persoon was tijdens een drieweeks verblijf in het buitenland uitgeschreven zonder eigen medeweten en raakte het briefadres en dus de zorgverzekering kwijt. Zes personen verloren hun baan en inkomen, wat voor sommigen uiteindelijk resulteerde in het verlies van woning en daarmee ook briefadres. Drie personen konden na (terug)komst uit het buitenland geen woning en geen briefadres vinden.

Meerdere personen gaven aan in een vicieuze cirkel te zitten doordat zij voor de aanvraag van het ene document een ander document moesten tonen dat ze niet (bij zich) hadden, en vice versa. Dit betroffen documenten zoals een bankpas, identiteitsbewijs, Burgerservicenummer (BSN), en bewijzen van Digitale Identiteit (DigiD), inschrijfadres, vaste slaapplek in een opvang, registratie in de Basisregistratie Personen (BRP), zorgverzekering en bijstand. De meesten hadden weinig ondersteuning van de gemeente ervaren. De lange wachttijden voor afspraken en beoordelingen van aanvragen strookten in de optiek van de respondenten niet met de urgentie die zij ervaren. Ze hadden het gevoel opgehouden te worden door de gemeente, waardoor hun onverzekerde stand hield. *‘Maar het duurt wel lang hoor, want ik weet nog voor mijn ID, moest ik 8 weken wachten ofzo voor een afspraak nog maar te maken.’* De herinschrijving in de BRP duurde volgens de respondenten lang en de te nemen stappen werden onduidelijk of niet gecommuniceerd.

Effect van geboden hulp

Tien respondenten zijn inmiddels verzekerd. Acht van hen kregen hierbij hulp tijdens hun verblijf in een daklozenopvang. Eén persoon werd verzekerd via een maatschappelijke instelling en één persoon heeft zelfstandig een zorgverzekering geregeld zodra hij zich kon inschrijven op een nieuw

adres. De elfde persoon was bezig met het verkrijgen van een briefadres en de twaalfde persoon wilde geen zorgverzekering. Hulp op maat en aandacht voor de persoon in kwestie werden zeer gewaardeerd. De meeste respondenten gaven aan vanwege de complexiteit niet in staat te zijn (geweest) om alles zelf te regelen. Zonder externe hulp was het hen niet gelukt. Daarbij speelden soms ook een taalbarrière en beperkte digitale vaardigheden mee. Soms hielden respondenten de boot af vanwege wantrouwen in de overheidsdiensten: *'Ik ben niet zo happig op alles, als mensen naar je toe komen om je te helpen, want er zit vaak een addertje onder het gras. (...) Ik ben behoorlijk wantrouwend.'* Meerdere respondenten hadden last van vermoeidheid en vergeetachtigheid, waardoor ze onvoldoende overzicht of concentratie hadden om de benodigde zaken uit te zoeken en te regelen. Ook 'chaos' werd in verschillende interviews genoemd als reden voor beperkte zelfredzaamheid waar het de zorgverzekering betrof.

Verbeteropties volgens (voormalig) patiënten uit de SOV-doelgroep

Organiseer één bron waar men alle informatie (op schrift en digitaal) kan ophalen. Zorg voor een contactpersoon die heldere uitleg over de procedure kan verstrekken. Zorg ook voor meer bekendheid van de regeling onder zowel mensen zonder zorgverzekering als hulp- en zorgverleners. De huisarts zou contact kunnen opnemen zodra iemand onverzekerd raakt; zorg voor een persoonlijke benadering en actief toeleiden van de persoon naar de juiste instanties. Deze en overige door SOV-doelgroep aangedragen suggesties zijn tevens verwerkt in hoofdstuk 5.

Conclusies en aanbevelingen.

5. Conclusies en aanbevelingen

Geconcludeerd kan worden dat de SOV voorziet in een groeiende behoefte. Dankzij de Subsidieregeling kan medisch noodzakelijke zorg worden geleverd aan rechtmatig in Nederland verblijvende mensen (N.B. medische zorg aan onverzekerbare vreemdelingen kan worden vergoed vanuit de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV), geregeld in artikel 122a van de Zvw); zij biedt zorginstanties de mogelijkheid om zonder financiële schade zorg te leveren die medisch noodzakelijk is. Het beroep op de Subsidieregeling is de afgelopen jaren fors gestegen. Het aantal onverzekerde, in Nederland verblijvende personen is flink toegenomen en inherent hieraan ook de vraag naar medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning bij onverzekerde. De SOV kent veel administratieve hindernissen en de bekendheid van de regeling is niet altijd in alle lagen van zorgorganisaties doorgesijpeld. De ingewikkeldheid en onbekendheid van de regeling resulteren enerzijds in zorgmijding, zorguitstel of zorgvertraging bij de onverzekerde mensen die zorg nodig hebben en anderzijds in financiële en zorginhoudelijke reserves bij zorgprofessionals en hun organisaties. In de regio Rotterdam-Rijnmond worden ook de gemeentelijke hulptrajecten van toeleiden naar zorgverzekering en maatschappelijke ondersteuning momenteel gekenschetst door onduidelijkheid en gebrek aan overeenstemming over rollen en verantwoordelijkheden, alsmede door twijfels aan de effectiviteit, doelmatigheid en wenselijkheid van voorgeschreven procedures. Daarnaast is er het continue spanningsveld tussen rechtvaardig en oneigenlijk gebruik.

Tegen deze achtergrond hebben we uit de vragenlijsten en interviews met professionele stakeholders en (voormalig) patiënten uit de SOV-doelgroep een aantal verbeteropties opgehaald die wij graag als potentiële aanbevelingen (met quotes) willen meegeven aan de gemeente Rotterdam (opdrachtgever van het onderzoek) en andere lezers van dit rapport. Suggesties die werden gedaan om processen rondom de SOV te verbeteren of belemmeringen weg te nemen vielen grofweg in drie categorieën: I) meer en betere informatievoorziening, voorlichting en toezicht m.b.t. het ontberen/verlies van een zorgverzekering in het algemeen en de SOV in het bijzonder; II) meer eenduidigheid, verbinding en samenwerking tussen en binnen de medische en maatschappelijke trajecten rondom de zorg en ondersteuning bij onverzekerde; en III) wijzigingen in het zorgbeleid en de bijbehorende wet- en regelgeving, waaronder a) verbetering van de SOV-procedures voor melden en declareren en b) hervorming van de gemeentelijke vervolghulp-procedures. De aanbevelingen betreffen mogelijke verbeteropties voor overheden op landelijk, regionaal en gemeentelijk niveau (gemeenten in het algemeen en de gemeente Rotterdam-Rijnmond in het bijzonder), zorgverzekeraars, de zorginstanties en zorgmedewerkers die zich kunnen beroepen op of kunnen doorverwijzen naar de SOV, werkgevers, woningbouwcorporaties en overige betrokken partijen. In een volgend stadium zal in samenwerking met alle betrokken partijen moeten worden afgewogen welke aanbevelingen kunnen en zouden moeten worden verwezenlijkt. De betreffende aanbevelingen behoeven vervolgens uitwerking in concrete plannen van aanpak (o.a.: door wie, met welke middelen, in welke volgorde en samenhang, en binnen welke termijn kunnen ze het best worden gerealiseerd?).

Aanbevelingen voor alle partijen (zie hierboven) in onderlinge samenwerking

- **Zet stevig in op preventie van onverzekerde en sneller herverzekeren d.m.v. voorlichting en toezicht**

Veel respondenten waren van mening dat verbetermaatregelen gericht zouden moeten zijn op preventie van onverzekerde en het sneller weer verzekerd krijgen van mensen die onverzekerde raken, en dat dit een gezamenlijke opdracht is voor alle partijen die met zorgverzekeringsproblematiek in aanraking komen. Hiertoe deden zij onderstaande suggesties voor meer en betere voorlichting en toezicht.

- Organiseer voor het algemene publiek en de SOV-doelgroep voorlichting over zorgverzekering/ onverzekerde in relatie tot medische zorg, briefadres/ huisvesting, werk en financiën

De overheid kan via een publiekscampagne en extra periodieke voorlichting zorgen voor meer publieke kennis over het belang van een (brief)adres/ inschrijving in de BRP voor het behoud van zorgverzekering: *'Er moet sowieso meer informatie komen over wat het betekent in Nederland als je geen adres hebt, wat voor effect dat kan hebben. Heel veel mensen weten dat gewoon niet. [...] En het is ook niet iets wat je zo makkelijk kan opzoeken.'*

Volgens sommige respondenten zouden ook zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan voorlichting ten behoeve van preventie van onverzekerde, bijvoorbeeld via het Verbond van Verzekeraars of Zorgverzekeraars Nederland: *'Zorgverzekeraars zijn vaak lid bij het Verbond van Verzekeraars en/of Zorgverzekeraars Nederland. Ze zijn daarmee gebonden aan de Gedragscode Verzekeraars. Zorgverzekeraars hebben hun eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid waar zij op aangesproken mogen worden.'*³⁴ Daarnaast werd genoemd dat zorgverzekeraars bij constatering van financiële problemen eveneens op individueel niveau actiever zouden kunnen informeren over onverzekerde en de mogelijkheden om weer verzekerd te raken: *'Er is dan wel niet altijd meer een postadres bij betalingsproblemen, maar vaak nog wel een telefoonnummer en een e-mailadres. Dat zijn ook manieren om iemand te informeren over de gevolgen van het verliezen van de verzekering. Zorgverzekeraars zouden hierin een meer actieve rol kunnen pakken.'* Ook zorginstanties en woningbouwcorporaties zouden bij dergelijke voorlichting een rol kunnen spelen: *'Onverzekerde is een maatschappelijk probleem, waarvoor alle betrokken partijen verantwoordelijkheid dragen.'*

Volgens verschillende respondenten zou voorlichting aan de SOV-doelgroep niet primair gericht moeten zijn op de SOV en het gebruik ervan, maar vooral op de hulp die kan worden geboden bij het regelen van een zorgverzekering (en briefadres/ inschrijving BRP), en waar je hiervoor terecht kunt. Om zorgmijding, zorgweigering, uitgestelde zorg en zorgkosten terug te dringen en de continuïteit van medische zorg te bevorderen zou voorlichting aan de SOV-doelgroep volgens een aantal andere respondenten óók gericht moeten zijn op de mogelijkheid tot het krijgen van medisch noodzakelijke zorg bij onverzekerde.

De geïnterviewde mensen die zelf de noodzaak van medische zorg bij onverzekerde hebben ervaren vroegen om één duidelijke bron (digitale en papieren versie), waarin alle informatie (rondom o.a. briefadres, zorgverzekering en straatdokter) in simpele taal is gebundeld. Deze bron moet via veel verschillende kanalen onder de aandacht worden gebracht en voor iedereen toegankelijk zijn (digitaal, maar bijvoorbeeld ook via buurtvoorzieningen). In aanvulling hierop schreef een beleidsadviseur van de gemeente Rotterdam: *'Veel mensen weten online wel informatie te vinden over het briefadres. Dat kan ook het moment zijn om informatie te verstrekken over de gevolgen van onverzekerde zijn.'* Idealiter wordt de informatie voor de SOV-doelgroep niet alleen in simpele schrijftaal (B1- en A2/1F-niveau) verstrekt, maar ook ondersteund door beeldtaal, en voorzien van stappenplannen waarin is uitgewerkt wat iemand bij verlies van adres, werk en/of inkomen moet doen om verzekerd te blijven en wat iemand bij onverzekerdeheid kan doen om weer verzekerd te raken. Volgens respondenten uit zowel de SOV-patiëntenpopulatie als het beleid en de medische en maatschappelijke zorg zou deze voorlichting eenvoudig te koppelen moeten zijn aan een persoonlijk vervolghulptraject: *'Alleen informeren over de consequenties [van onverzekerde zijn] is niet voldoende. Zeker niet omdat veel mensen met licht verstandelijke beperkingen de informatie niet begrijpen of er niet goed naar weten te handelen.'* En: *'Vermeld bij de digitale en papieren informatiebron een contactpersoon die uitleg kan geven over alle procedures.'* Zie hiervoor ook de aanbeveling voor de gemeente Rotterdam om de gemeentelijke vervolghulpprocedure te hervormen.

- Organiseer voor de SOV-doelgroep toezicht op zorgverzekering/ onverzekerde in relatie tot werk, briefadres/ huisvesting en financiën

Landelijk zou er mogelijk strenger toezicht gehouden kunnen worden op de koppeling tussen werk en huisvesting/inschrijving BRP. Omdat het verlies van een baan vaak voorafging aan het verlies van een woning, zou het volgens meerdere respondenten uit de SOV-doelgroep zinvol zijn om de mogelijke rol van een werkgever bij het toeleiden van personen naar een zorgverzekering en/of overige maatschappelijke ondersteuning te onderzoeken. Één van hen verwoordde dit als volgt: *'Probeer de onverzekerden gelijk op te sporen, bijvoorbeeld als werkgever. Aan het begin zijn ze nog gemotiveerd en zoekende om hun zaken te regelen, later wordt het dakloos en het onverzekerde zijn een way of life.'* Vanuit de gemeente Rotterdam kwam hierop de volgende aanvullende suggestie: *'Zou dit kunnen middels een check [van verzekeringsstatus en eventuele maatschappelijke ondersteuningsbehoeften] bij indiensttreding? En bijvoorbeeld eens per twee jaar?'*

- Organiseer extra voorlichting voor bepaalde SOV-subgroepen

Via extra voorlichting kunnen met name overheid en zorgverzekeraars aansturen op preventie van zorgverzekeringsproblemen bij specifieke groepen, o.a. bij a) internationale studenten met ontoereikende particuliere zorgverzekeringen; en b) arbeidsmigranten die nu vaak te maken krijgen met tijdelijke, niet-schriftelijke arbeidsovereenkomsten en een zorgverzekering die stopt bij ziekte of verlies van werk. Deze specifieke voorlichting moet in verschillende talen en ook voor betrokken zorgmedewerkers beschikbaar zijn. Ze dient tevens in te gaan op de specifieke

procedures voor het opnieuw regelen van een zorgverzekering voor de betreffende SOV-subgroepen, aangezien deze door veel betrokkenen als extra ingewikkeld werden ervaren (onder meer omdat vaak onderzocht moet worden welke rechten mensen in Nederland hebben).

- Geef bredere bekendheid aan de regeling m.b.t. verwijtbaarheid voor het ontberen van een briefadres

Op de vragen hoe vaak, onder welke omstandigheden en op wiens verzoek een verklaring voor het ontbreken van verwijtbaarheid voor het niet hebben van een briefadres³³ wordt afgegeven (landelijk en voor de regio Rotterdam-Rijnmond) antwoordden Pers Nederlandse GGZ en stichting Valente: *‘Van de betreffende regeling is bij mijn weten nog nooit gebruik gemaakt; ik betwijfel ook of er mensen zijn in de praktijk die er kennis van hebben.’* Vanuit diverse partijen zou de informatievoorziening over de landelijke regeling t.a.v. verwijtbaarheid voor het ontberen van een briefadres kunnen worden verbeterd.

▪ **Verstevig de verbinding en samenwerking tussen de medische en maatschappelijke processen rondom de SOV**

Volgens veel deelnemers aan dit onderzoek zou het helpen als de verbinding tussen de medische en maatschappelijke processen rondom de SOV wordt verstevigd. Hiertoe vroegen zij om een beter zicht op het gehele traject en meer eenduidigheid en samenwerking tussen medische zorg en maatschappelijke ondersteuning bij onverzekerde.

- Verbeter de verbinding tussen de medische en maatschappelijke processen rondom de SOV, en het zicht op het geheel; Vergroot het onderlinge begrip en de motivatie om domeinoverstijgend te denken en elkaar te helpen

Het met eigen ogen zien van en horen over de schrijnende omstandigheden waardoor mensen onverzekerde raken had voor een aantal reguliere zorgmedewerkers bijgedragen aan hun motivatie om medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering te realiseren: *‘We zijn ook op locaties [van de maatschappelijke opvang] geweest, we hebben de moeilijke omstandigheden gezien. Dat heeft echt veel met ons gedaan. [...] waardoor we ook de overtuiging voelden hierin iets te willen betekenen.’* Zorgadministratiemedewerkers van SRZ-ziekenhuizen gaven verder aan dat ook meer inzicht in wat er met hun meldingen gebeurt (o.a. hoe die leiden tot het terugdringen van onverzekerde) hen zou motiveren om consequent en zorgvuldig te melden. Op hun beurt zouden maatschappelijk hulpverleners alerter kunnen worden gemaakt op de consequenties die onverzekerde kan hebben voor de toegang tot medische zorg en het maatschappelijke functioneren van mensen. Naast het elkaar fysiek opzoeken kunnen gefilmde ervaringsverhalen (voorlichting voor professionals) op grotere schaal bijdragen aan het onderlinge begrip tussen disciplines/ domeinen en de bereidheid om elkaar te helpen. De samenwerking tussen het medische en sociale domein kan ook op gemeentelijk niveau worden gestimuleerd. In Rotterdam-Rijnmond gebeurt dit momenteel al via de ‘Werkgroep Onverzekerden’ (gemeente, straatdokter, ‘contactpersonen onverzekerden’ van SRZ-ziekenhuizen). Deze werkgroep is bezig met verduidelijken, uniformeren, updaten en toespitsen

van informatie voor verschillende groepen medisch zorgmedewerkers. Ook overlegt zij intern over begrippen als ‘medisch noodzakelijke zorg’. Sommige respondenten achtten het wenselijk om deze werkgroep uit te breiden met meer betrokken partijen, zoals maatschappelijke opvang en belangenorganisaties voor arbeidsmigranten.

- Ga op de plek van medische zorg al aan de slag met het maatschappelijke vervolghulptraject; realiseer een ketenaanpak met duidelijke rolverdeling

Verschillende geïnterviewden deden suggesties om al op de plek van medische zorg aan de slag te gaan met het maatschappelijke vervolghulptraject (zorgverzekering en overige maatschappelijke ondersteuning; zie aanvullend op onderstaande suggesties voor alle belanghebbenden verderop ook nog een aantal aanbevelingen specifiek voor de gemeente Rotterdam): *‘Zou je hier [op de plek van medische zorg] niet meteen warm kunnen overdragen naar gemeentelijke ondersteuning?’* Volgens meerdere respondenten is er winst te behalen in het ziekenhuis: *‘Dáár moeten ze al in gesprek over waarom iemand niet verzekerd is en gelijk een maatschappelijk werker betrekken. Die hebben ziekenhuizen toch ook?’* En: *‘Waarom is er geen loket van [naam zorgverzekeraar] in het ziekenhuis?’* En: *‘Kunnen we in het ziekenhuis niet al iemand van de gemeente erbij roepen, bijvoorbeeld om een adres te regelen?’* Met betrekking tot het doorverwijzen naar de gemeente Rotterdam werd wel aangemerkt dat voor zorgverleners dan duidelijk moet zijn welke gemeentelijke teams ze kunnen benaderen, en via welke (informatie)systemen dit dient te gebeuren: *‘Dan moeten we wel handelingsperspectief bieden voor de zorgmedewerker: zorg dat zij weten wat te doen en waarheen te gaan als iemand aangeeft problemen te hebben. Alleen verwijzen naar de gemeente is niet voldoende, dan komen mensen niet aan.’*

Ook de geïnterviewde mensen die ten tijde van zorgbehoeften onverzekerd waren gaven aan graag proactiever te zijn toegeleid naar maatschappelijke ondersteuning, het liefst gelijk nadat zij met (medisch) zorgverleners in contact waren gekomen. *‘Als de apotheek had aangeboden van “je zou hier en hierheen kunnen, om dit uit te zoeken, want wat vervelend dat het in het systeem anders lijkt dan dat jij het denkt” – want ik wist gewoon dat ik mijn zorgverzekering betaalde – dan had ik dat wel gedaan.’* En: *‘De dokter was toen een vertrouwenspersoon eigenlijk (...), en die had kunnen helpen door te zeggen “neem contact op met die mensen, probeer dat”.’* Medische zorg zou ook direct vanuit eerste lijn kunnen worden verbonden aan gemeentelijke vervolghulp, temeer omdat onverzekerde op deze manier sneller kan worden aangepakt, waarmee duurdere, acute of medisch-specialistische onverzekerde zorg mogelijk kan worden voorkomen. Uit de interviews met zorgprofessionals en de SOV-patiëntenpopulatie blijkt bovendien dat de Rotterdamse straatdokerspraktijk vaak een cruciale rol heeft gespeeld in succesverhalen, waarbij een onverzekerde patiënt medische zorg en tevens een zorgverzekering en maatschappelijke ondersteuning kreeg. Straatdokers en straatverpleegkundigen in Rotterdam-Rijnmond zouden wellicht de deskundigheid in de reguliere eerstelijnszorg kunnen bevorderen. Één van de mogelijkheden hiertoe is een consultatiefunctie, waarbij reguliere zorgverleners uit de eerste lijn de straatdokterpraktijk kunnen consulteren met vragen over medische zorg en maatschappelijke ondersteuning bij onverzekerde.

In het kader van het verknopen van de medische en maatschappelijke trajecten kan wellicht ook een voorbeeld worden genomen aan het pionierende revalidatiecentrum dat een werkbare aanpak voor medische zorg aan de SOV-doelgroep heeft weten in te voeren. Voor dit revalidatiecentrum is het grootste obstakel voor het verlenen van zorg aan SOV-patiënten niet dat deze patiënten geen zorgverzekering hebben (want zorg kan dankzij de SOV worden vergoed), maar wel dat zij vaak evenmin een ontslagbestemming (en thuisadres) hebben na afloop van de behandeling: *‘Dan zit hier iemand een bed bezet te houden, wat waarschijnlijk geld kan gaan kosten. Plus er kan geen nieuwe instroom komen. Dus een ontslagbestemming hebben is heel belangrijk. En een ontslagdatum, zodat we een richtlijn hebben om naartoe te werken.’* Voorwaarde voor het starten van de behandeling is dus het hebben van een ontslagbestemming en ontslagdatum (N.B. dit kan, omdat het geen acute zorg betreft) en hiertoe gaat het revalidatiecentrum voor elke casus om tafel met alle relevante partijen van gemeente en maatschappelijke opvang. Het advies was daarom: maak intern en met alle betrokken maatschappelijke en medische zorginstellingen een goed samenwerkingsplan; zorg voor goede doorgeleiding middels een ketenaanpak en een duidelijke rolverdeling. Dan kan de patiënt na afloop ook thuis herstellen en verder revalideren.

Aanbevelingen voor de landelijke overheid

- **Draai de koppeling tussen zorgverzekering en inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP) terug t.b.v. preventie van onverzekerdeheid**

Deelnemende zorgprofessionals stelden dat een van de oorzaken van de groeiende groep mensen zonder zorgverzekering ligt in de koppeling tussen zorgverzekering en inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP). De wens werd uitgesproken om patiënten niet langer uit de zorgverzekering te zetten zodra zij geen basisregistratie meer bij de gemeente hebben, alsook om de vereiste van het hebben van een (brief)adres voor het kunnen afsluiten van een zorgverzekering op te schorten. Een meermaals gedane suggestie was dan ook om de wettelijke koppeling van zorgverzekering en inschrijving in de BRP terug te draaien. Adviezen luidden: *‘Een publiekrechtelijke verzekering voor iedere patiënt zonder adres’; ‘Iedereen met een BSN-nummer ambsthalve verzekeren’; ‘Alle dak- en thuislozen ambsthalve verzekeren via een CAK-procedure, waarbij de overheid oninbare premies betaalt’; ‘Regel iets à la de Regeling Medische zorg Ontheemden uit Oekraïne (RMO) en de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA), een RMX voor onverzekerde patiënten die dan ook extra gemonitord kunnen worden, omdat ze bijvoorbeeld geen adres hebben’.*

- **Verlaag drempels tot herinschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP) t.b.v. preventie van onverzekerdeheid en sneller herverzekeren**

In dit kader werd opgemerkt dat boetes voor onverzekerdeheid vaak een drempel vormen om over te gaan tot herinschrijving in de BRP, en onder bepaalde omstandigheden wellicht dus zouden kunnen worden verlaagd, dan wel uitgesteld of afgeschaft: *‘Veel bankslapers (economisch dak- en thuislozen) hebben geen inkomen meer. Dat betekent ook dat zij bij inschrijving in de BRP enorme facturen*

(boetes) vanuit het CAK ontvangen. Dat er geen inkomen meer is, is vaak weer gekoppeld aan het ontbreken van inschrijving in de BRP. Zijn hier opties om regelingen te treffen of uitzonderingen te maken?’

Ook werd aangegeven dat de gemeentelijke briefadresregeling (zie ook de aanbeveling voor de gemeentelijke overheid m.b.t. het versnellen en vereenvoudigen van de procedures omtrent afgifte van een gemeentelijk briefadres) wordt bemoeilijkt door de landelijke wettelijke eis dat het woonadres (de plek van verblijf) ook het adres van inschrijving in de BRP moet zijn. Situaties waarbij iemand op een vast adres verblijft, maar zich daar niet mag of wil inschrijven, bijvoorbeeld vanwege de financiële consequenties die dit heeft voor de hoofdbewoner (o.a. kostendelersnorm, toeslagen, mede-aansprakelijkheid voor schulden bij de kredietbank) vormen momenteel de meest voorkomende reden voor afwijzing van een gemeentelijk briefadres. Volgens sommige respondenten zou dit aspect van de BRP moeten worden herzien.

- **Breid de toepasbaarheid van de verklaring m.b.t. verwijtbaarheid voor het ontbreken van een briefadres van deze regeling uit**

Mogelijk kan de landelijke overheid het aantal instanties dat deze verklaring (voor het ontbreken van verwijtbaarheid voor het niet hebben van een briefadres) mag afgeven uitbreiden, juist ook met instanties die zelf geen briefadresgever zijn (o.a. gemeentelijke organisaties, zorginstanties).

- **Verbeter de SOV-procedures voor melden en declareren door zorgmedewerkers**

Professionele stakeholders hadden volop ideeën over de (ontwikkelingen in) SOV-procedures voor zowel melden als declareren. Ze deden onderstaande aanbevelingen voor het vereenvoudigen van de subsidieaanvragen en het al dan niet herinvoeren en hervormen van de meldplicht.

- **Automatiseer en standaardiseer het SOV-declaratieproces t.b.v. lastenverlichting voor zorgmedewerkers**

Door veel zorgprofessionals werd opgeroepen om de declaratie-/subsidieprocedures voor de SOV te vereenvoudigen. De voornaamste verbetering die bij het CAK al op de plank ligt betreft dan ook het digitaliseren van het declaratieproces voor alle typen zorgaanbieders: *‘Dat neemt gewoon de grootste druk weg bij de meeste zorgverleners in Nederland en maakt het proces voor CAK ook een stuk makkelijker.’* Met deze opdracht is CAK momenteel drukdoende; de bedoeling is om voor alle zorgvormen aan te sluiten bij reeds bekende en gebruikte digitale systemen, zoals VeCoZo. Automatisering van het gehele declaratieproces (conform de huidige privacywetgeving) zou de declaratieprocedures voor zorginstanties aanzienlijk kunnen vereenvoudigen en derhalve leiden tot verdere verlichting van de administratieve lasten rondom SOV-subsidieverzoeken. Zorgmedewerkers juichten deze ontwikkeling toe. Één van hun voorstellen voor digitalisering en vereenvoudiging/ standaardisering was als volgt: *‘Bv. een portaal waarmee je een declaratie kunt insturen en een communicatie voor toewijzing, afwijzing en bezwaar kunt invoeren. Stoppen met onnodig versturen van ontvangstbevestigingen waarop geen enkele referentie van ons op staat vermeld. Deze gaan direct de papierbak in omdat wij hier niets mee kunnen. Corrigeren van een aanmelding bijvoorbeeld bij vergeten in te vullen opmerking.’*

- Zie af van de inspanningsverplichting van zorginstanties om van onverzekerde patiënten eigen bijdragen te innen

Door sommigen werd gesuggereerd dat het een goed idee is om af te zien van de inspanningsverplichting van zorginstanties tot het innen van eigen bijdragen voor medische zorg bij onverzekerheid, of om deze eigen bijdragen te verlagen. Dit zou zorgorganisaties verlossen van de morele dilemma's waar ze nu soms mee te maken krijgen: *'Het CAK vermeldt op zijn website dat we "moeten vaststellen dat deze persoon geen eigen middelen heeft om de rekening (gedeeltelijk) te voldoen". Strikt genomen zouden we dus eerst de rekening naar de patiënt moeten sturen en pas bij gebrek aan betaling de subsidie moeten aanvragen, maar die werkwijze zou tot onverantwoorde willekeur leiden, waarbij je patiënten eerst angst aanjaagt met facturen van in ons geval soms tienduizenden euro's, en vervolgens de wanbetalers beloont door geen incasso op ze af te sturen maar in plaats daarvan subsidie aan te vragen.'* Of deze suggestie ook de drempel tot het verlenen van medisch noodzakelijke zorg bij onverzekerdeheid zou verlagen blijft echter de vraag; hoewel enkele respondenten hier wel vanuit gingen, bleek financiële onzekerheid (SOV-vergoeding van gemaakte kosten is op voorhand nooit gegarandeerd) toch nog altijd te zorgen voor enige terughoudendheid in het verlenen van zorg aan mensen zonder zorgverzekering.

- Voer de meldplicht opnieuw in (voor alle zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering of met selectiecriteria in een beslisboom)

Op landelijk niveau wordt er gewerkt aan de Verzamelwet gegevensverwerking II, waarmee ook de SOV-meldplicht opnieuw zou kunnen worden ingevoerd. Geïnterviewden hadden wisselende ideeën over hoe een eventuele nieuwe meldplicht eruit zou moeten komen te zien; er lijkt nog geen ultieme, concrete oplossing. De patiëntenpopulatie waarvoor de SOV wordt gebruikt is de afgelopen jaren steeds diffuser geworden; volgens VWS en GGD GHOR betreft inmiddels 60% van de meldingen niet-Nederlanders, waarbij het de vraag is of deze mensen rechtmatig in Nederland verblijven. Moet iedereen die onverzekerd is en in aanmerking komt voor SOV-subsidie ook worden gemeld? Sommige respondenten meenden van wel; enkele vonden dat alle onverzekerde patiënten die in Nederland medische zorg behoeven (dus bijvoorbeeld ook onverzekerde personen van wie bekend is dat ze ongedocumenteerd zijn) via eenzelfde systeem zouden moeten worden geregistreerd, om vervolgens pas te beoordelen hoe de financiën geregeld kunnen worden: *'Pas dan krijgen we echt inzicht in hoeveel mensen onverzekerd zijn en zorg nodig hebben, en mogelijk ook in de subgroepen waartoe zij behoren.'* Door andere respondenten werd geadviseerd om een beslisboom op te stellen voor wie wel en wie niet in aanmerking komt voor a) subsidie en b) (gecoördineerde) vervolghulp bij het 1) weer verzekerd raken en 2) overige maatschappelijke ondersteuningsbehoeften. *'Denk na over de vraag: voor wie is deze regeling in oorsprong bedoeld? Dat is wel de kunst voor komende jaren.'* Is er praktisch onderscheid te maken tussen rechthebbenden en niet-rechthebbenden/verzekeringplichtigen en niet-verzekeringplichtigen en is het wenselijk om dit te doen? Kan en is het wenselijk om te differentiëren tussen verschillende subgroepen van onverzekerde personen, zoals (economisch) dak- en thuisloze

mensen, bankslapers, expats, studenten van binnen en buiten EU, ex-gedetineerden en gewetensbezwaarden, en hoe zou eventuele differentiatie moeten worden vertaald naar beleid inzake vervolghulp?

- Bij herinvoering van een meldplicht: hervorm de meldprocedure

· Hervorm de meldprocedure: verbeter het registratiesysteem en de procedures voor meldingen door zorgmedewerkers

In geval van herinvoering van de meldplicht dient het registratiesysteem voor meldingen te worden verbeterd en gesystematiseerd. Een vergelijking van de ziekenhuis-specifieke meldingen volgens het Meldpunt en die volgens een aantal Rotterdamse ziekenhuizen zelf (uitgevoerd op verzoek van de aan het onderzoek meewerkende SRZ-ziekenhuizen) liet zien dat er weinig consistentie is en dus grote discrepanties bestaat tussen de Meldpunt-registratie en de ziekenhuisregistraties. De overlap varieerde tussen slechts 12% en 80%, waarbij er over de hele linie sprake lijkt van een forse onderregistratie in het GGD GHOR-/Meldpunt-bestand. Een toereikende verklaring voor deze verschillen werd niet gevonden, al zou een klein deel van de discrepanties kunnen berusten op de onvolkomenheden in de postcodetabel waarmee GGD GHOR meldingen vanuit het centrale systeem doorzet naar regionale meldingen (een van de bronnen wees erop dat naar schatting 10% van de landelijke meldingen niet kan worden doorgezet naar een regionaal meldpunt). Kwaliteit van de registratie zou verder kunnen worden verbeterd door:

- Het hanteren van een vast formaat en aantal posities voor het gegenereerde meldnummer. Voor het noteren van het meldnummer – het kenmerk waarmee het allemaal begint – ontbrak dit voorheen. Het aantal gebruikte posities varieerde van 5 (zonder voorlooppunten) tot 10, en incidenteel zelfs 11.
- Hetzelfde geldt, mutatis mutandis, voor datumgegevens, zoals datum van melding en geboortedatum van de patiënt. Ook deze gegevens werden in verschillende formaten aangeleverd.
- Standaardisering/ Categorisering/ Voorcodering van antwoordopties waar mogelijk. Sommige gegevens werden frequent foutief getypt. Regelmatig werden gegevens in het verkeerde ‘veld’ genoteerd. Deze onvolkomenheden in de uiteindelijke databestanden bemoeilijkten de verdere verwerking van de gegevens. Verbeteringen in de kwaliteit van de registratie zou ook de effectiviteit en doelmatigheid van de (gemeentelijke) opvolging ten goede komen (N.B. huidige beoordelingsprocedure voor meldingen werd ervaren als moeilijk werkbaar, want handmatig, tijdrovend, saai en foutgevoelig).

· Hervorm de meldprocedure: overweeg voorwaarden aan de correctheid en volledigheid van meldingen door zorgmedewerkers

Indien de meldplicht weer zou worden ingevoerd, zou volgens sommigen moeten worden overwogen of en, zo ja, hoe er voorwaarden kunnen worden gesteld aan de correctheid en volledigheid van melding (waarbij vooral het BSN, de achternaam en de geboortedatum van de patiënt cruciale kenmerken zijn), om zodoende de effectiviteit en doelmatigheid van de

vervolgprocedure door gemeenten te kunnen verbeteren. (N.B. Aangezien volledigheid en kwaliteit van melding eerder geen voorwaarde waren om een beroep te kunnen doen op de SOV, bevatten de door zorgmedewerkers aangeleverde gegevens in veel gevallen onvoldoende of foutieve persoonsgegevens, bijvoorbeeld wanneer zorgmedewerkers ‘voor de zekerheid’ en daardoor onnodig meldden; dit hing samen met o.a. de beperkte meldtermijn, administratieve lasten, onvoldoende of gedateerde kennis van de SOV, en onvoldoende zicht op onverzekerdenpopulaties als gevolg van gebrekkige informatiesystemen. Indien besloten wordt consequenties te verbinden aan correctheid en volledigheid van melding, zullen deze motieven moeten worden meegenomen.)

• Hervorm de meldprocedure: keer het proces van melding van medisch noodzakelijke zorg bij onverzekerheid en declaratie van deze zorg om

Melding en declaratie zijn indertijd uit elkaar getrokken, omdat het CAK nog niet zover was om een geautomatiseerde koppeling op te tuigen, aldus enkele geïnterviewden. Is omkering van het proces een optie, is de vraag? Start bij het declareren en koppel dit direct aan de melding van zorg bij onverzekertheid, bijvoorbeeld via een vinkje dat erop wijst dat iemand mogelijk voor een gemeentelijk vervolghulptraject in aanmerking komt. Indien het regionale Meldpunt haar rol behoudt bij het verwerken van de meldingen, zou dit vervolgens kunnen selecteren en beslissen over het al dan niet inzetten van ondersteuningszorg vanuit de gemeente en de eventuele invulling hiervan. Het CAK zei hierover: *‘Er kunnen ook best andere manieren zijn om die doelgroep op een juiste manier te bedienen [...]. En dat kan via ons zijn, omdat wij natuurlijk wel een centraal punt zijn waarbinnen gedeclareerd wordt. Dus zorgverleners dienen declaraties in, nou daarbij zitten onder andere een aantal persoonskenmerken. Nou die zouden wij, mits dat wettelijk gezien mag natuurlijk, kunnen delen met gemeenten, zodat zij vervolgzorg kunnen bieden. Maar je zou ook kunnen zeggen van “hé er kan veel meer op regionaal niveau met elkaar afgestemd en geregeld worden”.’*

▪ **Organiseer beter toegankelijke, proactievere en coherenter informatievoorziening over de SOV**

Verschillende professionele stakeholders uitten de vraag naar een centraal communicatiepunt dat goed is afgestemd op de behoeften van medische en maatschappelijke hulpverleners en hun organisaties. Hier zou men met vragen of voor hulp terecht moeten kunnen en zouden met name kleine zorgorganisaties extra steun moeten kunnen krijgen. *‘Een centrale coördinator die het proces en de richtlijnen overziet’* zou hierbij kunnen helpen en ook kunnen voorkomen dat verschillende verantwoordelijke partijen telkens naar elkaar wijzen, aldus een zorgadministratiemedewerker van een ziekenhuis. Via het geopperde communicatiepunt zou nieuwe informatie proactiever kunnen worden verstrekt dan voorheen het geval was.

Bij herinvoering van de meldplicht zouden meer transparantie en meer/ betere informatie over de opvolging van meldingen (het gemeentelijke vervolghulptraject), de potentiële belangen hiervan (voor zowel de persoon in kwestie als zorgorganisaties zelf), en de hieraan gerelateerde noodzaak

van een correcte en volledige melding kunnen bijdragen aan de kwaliteit en bruikbaarheid van meldingen door zorgmedewerkers.

Aanbevelingen voor zorginstaties en zorgmedewerkers in de regio Rotterdam-Rijnmond (in samenwerking met de overheid en zorgverzekeraars)

- **Meer eenduidigheid en onderlinge samenwerking inzake medische zorg bij onverzekerde**

Ondanks pogingen om het criterium van medische noodzakelijkheid van zorg toe te lichten in regelgeving, memo's, rapporten en richtlijnen (o.a. artikel 3, tweede lid van de SOV,³ het in 2007 verschenen rapport 'Arts en Vreemdeling van de commissie-Klazinga,³⁷ en de in 2021 door Artsenfederatie KNMG gepubliceerde richtlijn over het aangaan of weigeren van geneeskundige behandeling),³⁵ bleek de interpretatie en invulling van dit criterium in de gevoerde gesprekken nog altijd een bron van meerduidigheid: *'Elke zorgverlener heeft weer een eigen idee over wat medisch noodzakelijk is'*. Volgens sommige respondenten zouden zorginstaties en zorgmedewerkers zich beter moeten verdiepen in de relevante regelgeving. Andere pleitten voor verdere uitwerking/concretisering of inhoudelijke uitbreiding van het criterium. Sommige, maar niet alle aan het onderzoek deelnemende zorgmedewerkers vertaalden het criterium naar alle zorg uit het Zvw-basispakket. Een aantal van hen constateerden dat collega's er strengere criteria of moreel verwerpelijke criteria op nahielden (en uitten hun verontwaardiging hierover aan de hand van navrante voorbeelden, zoals een afwijzing van abortus na verkrachting). Een paar zorgverleners betoogden dat medische noodzakelijkheid ook te beargumenteren valt voor veel zorg die níet in Zvw-basispakket zit, zoals fysiotherapie en tandzorg: *'Met uitzondering van een wrat uit een oor halen is vrijwel elke zorg natuurlijk nodig, ook om te voorkomen dat het invaliderender en duurder wordt'*. Bij de beoordeling van medische noodzakelijkheid moet volgens hen dus ook aan de langere termijn worden gedacht: *'Als je nú geen maagtabletten voorschrijft, kun je wachten op maagbloeding, die gepaard zal gaan met duurdere zorg, die nog véél urgenter en veel meer medisch noodzakelijk is.'* Verder moedigden een aantal respondenten aan tot meer onderlinge eenduidigheid en professionele samenwerking inzake het traject van medische zorg bij onverzekerde in het algemeen en de zorgplicht die hierbij komt kijken in het bijzonder.^{35, 36} Zij gaven aan dat elke zorgmedewerker de SOV zou moeten kunnen en willen gebruiken. Straatverpleegkundigen opperden hiertoe een 'lobby' om de zorgplicht te verruimen en een nieuwe voorlichtingscampagne: *'Alleen samen krijgen we het onverzekerde zijn onder controle'* (met verwijzing naar een corona-campagne). Ook werd geadviseerd om te onderzoeken wat de omvang en gevolgen zijn van uitstellen en weigeren van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering.

Aanbevelingen voor de gemeentelijke overheid

- **Onderzoek de mogelijkheden voor een gemeentelijke collectieve verzekering**

Zorgverzekeraars gaven aan dat zij graag alle rechtmatig in Nederland verblijvende personen willen verzekeren. In hun optiek zouden gemeenten actiever kunnen optreden naar de groep mensen zonder zorgverzekering, door in samenwerking met zorgverzekeraars voor deze groep een speciale regeling te treffen, vergelijkbaar met de collectiviteitskorting voor mensen met een minimuminkomen en andere kwetsbare groepen (bij deze regeling is het eigen risico grotendeels afgekocht; ze biedt enige verlichting voor mensen die de zorgpremie nauwelijks kunnen betalen). Ook bij risico op onverzekerdeheid zouden zij (bijvoorbeeld met behulp van het Vroegsignaleringsinstrument) een regeling kunnen treffen, die zou kunnen worden ingezet nog vóórdat deze mensen bij het CAK gemeld worden: *‘Waarom maanden wachten totdat deze mensen bij het CAK binnenkomen en worden geconfronteerd met forse boetes en duurdere zorgpremies?’*. Zodoende zou kunnen worden voorkomen dat mensen onverzekerde raken (en zouden zij dus verzekerd kunnen blijven, eventueel met aanvullend pakket, aangezien het over het algemeen een groep betreft die kampt met GGZ- en schuldenproblematiek/ verhoogde gezondheidsrisico’s, en dus vaak hogere zorgnoden en zorgkosten heeft).

- **Versnel en vereenvoudig de procedures omtrent afgifte van een gemeentelijk briefadres**

De procedure voor het afgeven van een gemeentelijk briefadres aan Rotterdammers zonder zorgverzekering en adres zou moeten worden vereenvoudigd. Ook dit instrument kent namelijk de nodige obstakels. Sinds briefadressen tevens particulier en online (sinds januari 2022) kunnen worden aangevraagd, is het aantal aanmeldingen enorm gestegen: *‘Omdat we dus die multiproblematiek niet meer vragen voor een briefadres is natuurlijk het aantal aanmeldingen gigantisch gestegen, want we hebben gewoon een paar duizend bankslapers in de stad.’* Bijgevolg *‘overstijgt vraag nu aanbod’* en zijn de wachttijden flink opgelopen (tot ongeveer 3 maanden bij particuliere aanvraag op het moment van interview). Vanwege de complexiteit van de regelgeving, lacunes tussen beleid en praktijk, en de snelheid waarmee maatschappelijke ontwikkelingen elkaar opvolgen bleek de versoepeling vooralsnog moeilijk te vertalen naar werkinstructies en daarmee ook naar de praktijk. De gemeente Rotterdam kreeg het advies *om ‘beleidsoplossingen te zoeken in mogelijke uitzonderingen en maatwerk, waarbij er natuurlijk ook oog zou moeten zijn voor toegankelijkheid’*.

- **Hervorm de gemeentelijke vervolghulpprocedure**

Volgens vrijwel alle respondenten moet de gemeentelijke toeleiding naar zorgverzekering en maatschappelijke ondersteuning beter worden geregeld, ook wanneer de SOV-meldplicht niet wordt heringevoerd. De gemeente zou daarnaast ook kunnen bijdragen aan het vergroten van de toegankelijkheid van de medische zorg voor mensen zonder zorgverzekering, en aan het verstevigen van de verbinding tussen het medische en het maatschappelijke domein in de regio Rotterdam-Rijnmond. Zie onderstaande aanbevelingen.

- Bejegen mensen uit de SOV-doelgroep persoonlijker en meer servicegericht; realiseer hiertoe een cultuuromslag onder gemeenteambtenaren

Een laagdrempeligere, persoonlijkere en vriendelijkere benadering van mensen zonder zorgverzekering is volgens respondenten uit de SOV-patiëntenpopulatie, beleidsmedewerkers van de gemeente Rotterdam en maatschappelijk hulpverleners in de regio Rotterdam-Rijnmond noodzakelijk. Hierbij zou de vraag kunnen worden gesteld waarom en waardoor iemand in deze situatie terechtgekomen is: *'Wat is er zoals gebeurd? Vraag naar de uitleg, de reden, de persoonlijke omstandigheden en gebeurtenissen waardoor iemand onverzekerd is geraakt.'* Heel vaak is er sprake van meervoudige problematiek en niet van opzet. Vanuit de SOV-patiëntenpopulatie kwam tevens de suggestie om te onderzoeken hoe de vicieuze cirkels die het weer verzekerd raken belemmeren makkelijker te doorbreken zijn. Bij het verlenen van vervolghulp zouden de intentie en de communicatie meer gericht moeten zijn op hulp en minder op dreiging, stress, boetes, en verplichtingen: *'Het komt ook neer op het organiseren van laagdrempeligheid en toegankelijkheid. En een cultuuromslag waarin de gemeente burgers niet direct als potentiële fraudeurs benadert.'*

- Verbeter de samenwerking tussen gemeentelijke partijen; bezie problematiek gerelateerd aan onverzekerde integraal en maak maatwerk mogelijk

Meer in het algemeen werd meermaals aangegeven dat de samenwerking tussen gemeentelijke partijen in de regio Rotterdam-Rijnmond beter zou kunnen, zodat deze minder langs elkaar heen werken en maatschappelijke problemen (onverzekerde, schulden, huisvestingsproblematiek, verslaving et cetera) proactiever en meer in samenhang kunnen worden aangepakt. Vanuit de gemeente Rotterdam kwam de volgende suggestie: *'De gemeente moet de problematiek meer integraal bezien. Nu ontbreekt vaak het handelingsperspectief voor de uitvoering, omdat de gemeente zo in clusters werkt. In Rotterdam zie je bijvoorbeeld dat het cluster Dienstverlening het briefadres verstrekt en uitsluitend werkt vanuit de wettelijke taak uit de BRP. Aan de balie hebben medewerkers geen idee hoe te handelen als blijkt dat er andere problemen spelen of een hulpvraag is.'* Dit vraagt om maatwerk en dus om betere samenwerking tussen o.a.

Vroegsignalering, Expertise Team Financiën, wijkteams, Dienstverlening, het Programma Bankslapers en het loket briefadressen. Een stafadviseur van de gemeente Rotterdam opperde daarnaast nog: *'Onderzoek in een pilotgebied tijdens een pilotperiode wat de meerwaarde is van het afleggen van (huis)bezoeken aan [onverzekerde] betrokkenen.'*

- Verbeter de verbinding en samenwerking tussen de maatschappelijke en medische processen rondom de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond

Ook de gemeente Rotterdam kan helpen om de samenwerking tussen het medische en sociale domein in de regio Rotterdam-Rijnmond te verbeteren (dit in aanvulling op de eerdere aanbevelingen voor alle partijen die op verschillende niveaus te maken krijgen met problematiek omtrent onverzekerde). Ze zou bijvoorbeeld haar vertegenwoordiging in de 'Werkgroep Onverzekerden' kunnen uitbreiden met afgevaardigden van meer gemeentelijke partijen die met onverzekerdenproblematiek in aanraking komen, zoals het cluster Dienstverlening. In geval van herinvoering van de meldplicht en handhaving van het gemeentelijke Meldpunt zou dit Meldpunt zorgadministratiemedewerkers van SRZ-ziekenhuizen en andere zorginstanties in de regio

kunnen motiveren om consequent en zorgvuldig te melden door periodiek rapportages te delen over de opvolging van meldingen (inclusief succespercentages m.b.t. herverzekeren en toeleiden naar maatschappelijke ondersteuning). De gemeente Rotterdam zou ook een rol kunnen vervullen bij de ontwikkeling van de eerder geopperde consultatiefunctie, waarmee een brug kan worden geslagen tussen het (eerstelijns) medische en het maatschappelijke domein. Dit lijkt aangewezen, temeer gezien de gemeentelijke betrokkenheid bij het reeds gestarte traject van het verzelfstandigen van de Rotterdamse straatdokerspraktijk (waarin de consultatiefunctie wellicht kan worden ingebed), en vanwege de expertise van o.a. straatverpleegkundigen die in dienst zijn van de gemeente.

Referenties

1. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met verbetering van de maatregelen bij niet-betalen van de premie en de bestuursrechtelijke premie en enkele andere wijzigingen (verbetering wanbetalersmaatregelen). Kamerstuk 33 683 nr. 3. 2 juli 2013. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-33683-3.pdf>
2. Slockers M, Laere I van, Smit R. Straatdokters slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen. Ned Tijdschr Geneeskd 2016;160:D214. Beschikbaar via: <https://www.ntvg.nl/artikelen/straatdokters-slaan-alarm-over-epidemie-van-onverzekerde-daklozen>
3. 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). Staatscourant 2017, 10332. 24 februari 2017. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-10332.html>; <https://wetten.overheid.nl/BWBR0039230/2022-08-01>
4. Slockers M, Borgstein JA, Nanninga I, Romme M, Oosterhoff MD. Tijd voor Ruttecare [Internet]. Medisch Contact 2015. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/tijd-voor-ruttecare-marcel-slockers.htm>.
5. Slockers M, Oosterhoff MD. Verpletterend Toch Verzekerd! [Internet]. Medisch Contact. 2016. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/verpletterend-toch-verzekerd.htm>.
6. Slockers M. Frans laat zich niet wegsturen [Internet]. Medisch contact. 2018. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/frans-laat-zich-niet-wegsturen.htm>
7. Van Dijk T, van der Drift D, Shata KH, van den Hurk M, Velthuisen R, Visser E. Toegankelijkheid van zorg voor dak- en thuislozen. Evaluatie van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Community Project, eindwerk Bachelor Geneeskunde. Erasmus MC Rotterdam, Nederlandse Straatdokters Groep, maart 2019.
8. Zia Z, van de Vreede ME, Chen F, Khan CF, Buck TMF, van Bavel MP. Toegankelijkheid van zorg voor dak- en thuislozen. Te simpele oplossingen voor te complexe problemen. Community Project, eindwerk Bachelor Geneeskunde. Erasmus MC Rotterdam, Nederlandse Straatdokters Groep, maart 2019.

9. Slockers M. Sterfte, ziekte en toegang tot zorg bij dak- en thuislozen. November 2021. Beschikbaar via: <https://marcelslockers.nl/wp-content/uploads/2021/10/154503- Marcel-Slockers PDF.pdf>

10. Tongerloo M van. Nederland is een wreed land als je aan de Verkeerde Kant Staat [Internet]. Medisch Contact. 2022. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/nederland-is-een-wreed-land-als-je-aan-de-verkeerde-kant-staat.htm>

11. Verschoor S. 'De angst voor misbruik van de wet is groter dan de wil om te helpen' [Internet]. Medisch Contact 2022. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/de-angst-voor-misbruik-van-de-wet-is-groter-dan-de-wil-om-te-helpen.htm>

12. Daklozenzorg - Kabinet trekt miljoenen uit voor medische zorg onverzekerde daklozen. Volkskrant, 13 maart 2019. Beschikbaar via: <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/kabinet-trekt-miljoenen-uit-voor-medische-zorg-onverzekerde-daklozen~bb09ed10/?referrer=https%3A%2F%2Fzorgenstelsel.nl%2F>

13. Slockers M, Laere Ivan, Dijk Tvan, Zia Z, et al. Geef onverzekerde daklozen de zorg waar ze recht op hebben [Internet]. Medisch Contact 2019. Beschikbaar via: <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/geef-onverzekerde-daklozen-de-zorg-waar-ze-recht-op-hebben.htm>

14. Minister van VWS. Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie. Kamerstukken 25 424, nr. 312. Den Haag; 2 mei 2016. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-25424-312.html>

15. Centraal Administratie Kantoor. Subsidieregeling Medisch Noodzakelijke Zorg Aan Onverzekerden [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].

16. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rapportage Evaluatie Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Den Haag; Augustus 2021. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-19a9558f-22ed-4ded-82e2-c789d06285c3/pdf>

17. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Kamervraag 2022Zo8587 Antwoorden op Kamervragen over bericht 'GGD-GHOR laat onverzekerde burgers stikken'. Den Haag; 30 mei 2022. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/05/30/antwoorden-op-kamervragen-over-het-bericht-ggd-ghor-laat-onverzekerde-burgers-stikken>

18. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 juni 2022, kenmerk 3377491-1030381-Z, houdende wijziging van de

Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met het tijdelijk vervallen van de meldplicht. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2022-16496.pdf>

19. Kuipers EJ (minister van VWS). Antwoorden op Kamervragen van het lid Hijink (SP) over problemen rondom de zorg aan onverzekerden, kenmerk 3456027-1038438-Z. Den Haag; 20 oktober 2022. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-6bd0979a90d207bebff599696cb0b441211198d7/pdf>

20. Rijksoverheid. *Rapportage Monitor Dak- en Thuisloosheid*. 7 december 2020. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/12/07/rapportage-monitor-dak-en-thuisloosheid>.

21. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Zorgverzekeringen. VWS-Verzekerdenmonitor 2018. Den Haag; 17 december 2018. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/12/17/vws-verzekerdenmonitor-2018>.

22. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Zorgverzekeringen. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Directie Zorgverzekeringen. VWS-Verzekerdenmonitor 2021a. Den Haag; 2021. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-9345b4f6-22a5-42ff-b5a8-cb7e973554ae/pdf>

23. Nusselder WJ, Sloekers MT, Krol L, Colette JT, Sloekers CJT, Looman WN, Van Beeck EF. Sterfte en levensverwachting bij daklozen. Prospectief cohortonderzoek in Rotterdam in de periode 2001-2010. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158:A7654.

24. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2018;391:241-50.

25. Beijer U, Andreasson S. Physical diseases among homeless people: gender differences and comparisons with the general population. *Scand J Public Health* 2009;37:93-100.

26. Bowen M, Marwick S, Marshal T, Saunders K, Burwood S, Yahyouche A, Stewart D, Paudyal V. Multimorbidity and emergency department visits by a homeless population: a database study in specialist general practice. *British Journal of General Practice* 2019;69:685.

27. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet* 2014;384:1529-40.

28. Goorts I, Smal E. Zorg(en) voor arbeidsmigranten. Utrecht: Pharos; April 2022. Beschikbaar via: <https://www.pharos.nl/wp-content/uploads/2022/04/Zorg-en-voor-arbeidsmigranten-rapport-Pharos.pdf>
29. Klop HT, Evenblij K, Gootjes JR, de Veer AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Care avoidance among homeless people and access to care: An interview study among spiritual caregivers, street pastors, Homeless Outreach Workers and formerly homeless people. BMC Public Health. 2018Sep5;18(1):1095.
30. Omerov P, Craftman ÅG, Mattsson E, Klarare A. Homeless persons' experiences of health- and social care: a systematic integrative review. Health Social Care Community 2020;28:1-11.
31. Van Straaten B, Schrijvers CT, van der Laan J, et al. Intellectual disability among Dutch homeless people: prevalence and related psychosocial problems. PLoS One 2014;9:86112.
32. Mondelinge communicatie afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling, gemeente Rotterdam. 2021.
33. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Sociale Verzekeringsbank, het CAK, de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorgverzekeraars Nederland. Richtlijn toepassing gereede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet. Juli 2021 (wijziging van de richtlijn van 9 november 2016 en 15 november 2018). Vastgesteld door de ZN-bestuurscommissie Verzekeringen en Uitvoering d.d. PM.
34. Verbond van Verzekeraars. Gedragscode Zorgverzekeraars 2018. Beschikbaar via: [Gedragscode Verzekeraars](#) en 2018-00023941/MBLOM.
35. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). KNMG-richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Utrecht; 21 januari 2021. Beschikbaar via: <https://www.knmg.nl/download/knmg-richtlijn-niet-aangaan-of-beeindiging-behandelingsovereenkomst.htm>
36. Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), Ministerie van Volksgezondheid en Sport. Over het BIG-register [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.bigregister.nl/over-het-big-register> [Geraadpleegd op 6 januari 2023].
37. Klazinga NS, Bloemen EJJM, Van Buuren JJM, Göker E, Kortmann FAM, Legemaate J, Pronk CC, Schoenmakers JJ, Schwarz RV. Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. Utrecht: KNMG, LHV, NVvP, Orde van Medisch Specialisten, Pharos; Oktober 2007. Beschikbaar via: <https://www.pharos.nl/kennisbank/arts-en-vreemdeling/>