

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

Een evaluatiestudie – Samenvatting, conclusies en aanbevelingen

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



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 zorginstaties

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 zorgcategorïen. 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 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/ 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.

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

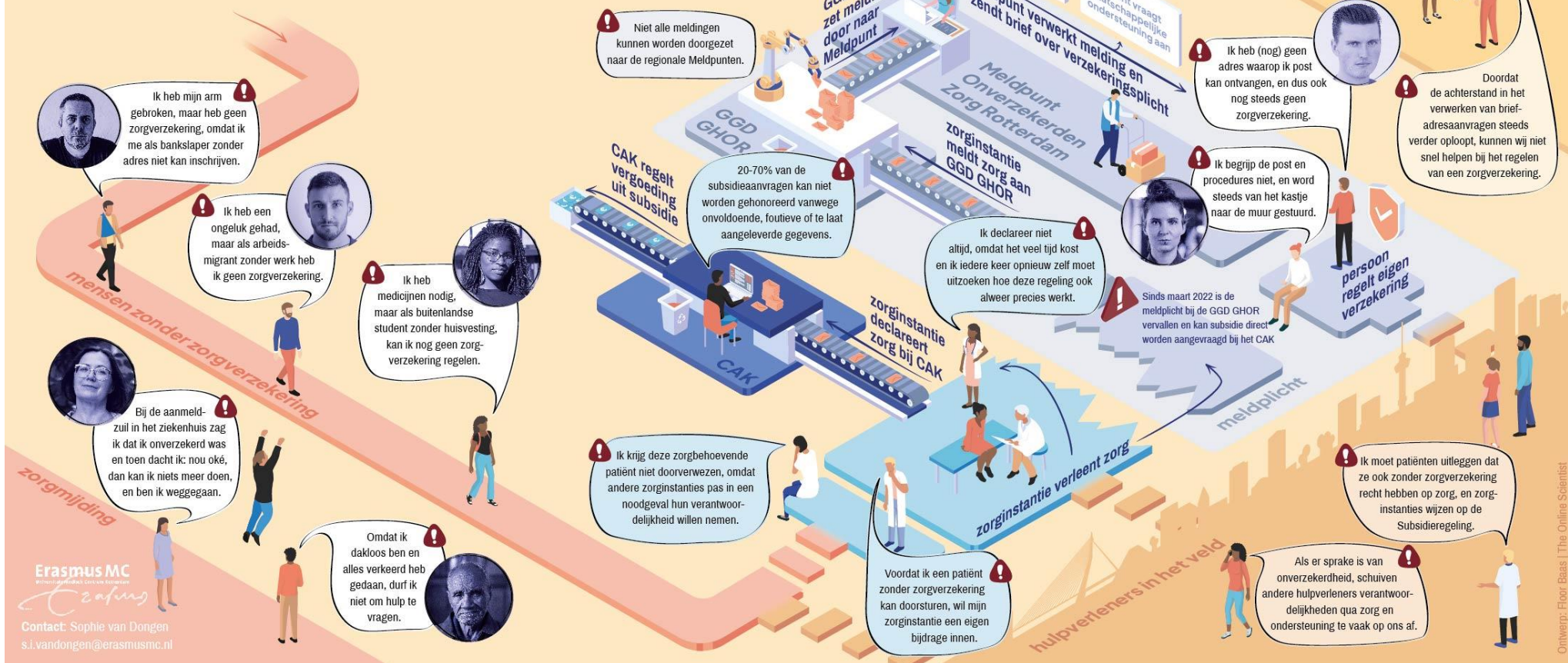
Hoe geven we goede zorg en ondersteuning aan mensen zonder zorgverzekering? De SOV en de bijbehorende meldplicht (voorlopig afgeschaft) zouden de zorg moeten verbeteren, maar dat lukt niet altijd. Volg het pad om te zien waar de knelpunten zitten.



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.



Erasmus MC
Wetenschappelijk Centrum Rotterdam
Erasmus
Contact: Sophie van Dongen
s.l.vandongen@erasmusmc.nl

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.'* 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 briefadres 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 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 de 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 onverzekerde**

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 luiden: *‘Een publiekrechtelijke verzekering voor iedere patiënt zonder adres’; ‘Iedereen met een BSN-nummer ambthelpe verzekeren’; ‘Alle dak- en thuislozen ambthelpe 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 onverzekerde en sneller herverzekeren**

In dit kader werd opgemerkt dat boetes voor onverzekerde 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/ verzekeringsplichtigen en niet-verzekeringsplichtigen 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, het in 2007 verschenen rapport 'Arts en Vreemdeling van de commissie-Klazinga, en de in 2021 door Artsenfederatie KNMG gepubliceerde richtlijn over het aangaan of weigeren van geneeskundige behandeling), 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. 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 voornamelijk 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, persoonlijker en vriendelijker 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.