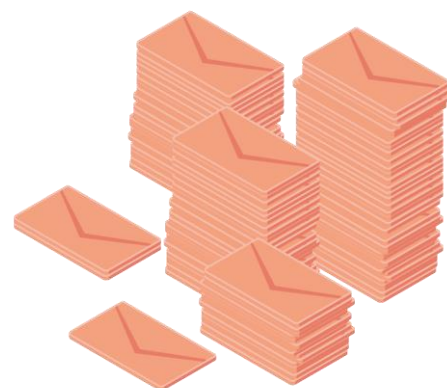


# **Medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering in de regio Rotterdam-Rijnmond**

## **Wetenschappelijke onderbouwing**

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](mailto:s.i.vandongen@erasmusmc.nl)

**Juli 2023**



<b>Inhoudsopgave</b>	<b>pagina</b>
<b>1. Achtergrond</b>	<b>3</b>
<b>2. Onderzoeksvragen</b>	<b>11</b>
<b>3. Methoden</b>	<b>13</b>
<b>Referenties</b>	<b>25</b>

# 1. Achtergrond

## Recht op zorg

Gezondheidszorg is een mensenrecht.<sup>1-3</sup> Dit is in 1948, als reactie op de Holocaust, door de Verenigde Naties vastgelegd in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens.<sup>2</sup> Het recht op een zo goed mogelijke lichamelijke en geestelijke gezondheid is uitgewerkt in het 1976 in werking getreden Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten.<sup>3</sup> Een belangrijk uitgangspunt in het Nederlandse zorgstelsel is dat iedereen die rechtmatig in Nederland verblijft verzekerd is voor ziektekosten, opdat iedereen medische zorg kan krijgen wanneer dat nodig is. In artikel II-35 van de Grondwet is opgenomen dat eenieder 'recht heeft op toegang tot preventieve gezondheidszorg en op medische verzorging onder de door de nationale wetgevingen en praktijken gestelde voorwaarden'. 'Bij de vaststelling en uitvoering van het beleid en de maatregelen van de Unie wordt een hoog niveau van bescherming van de menselijke gezondheid gewaarborgd', aldus de Grondwet.<sup>4</sup>

## Het Nederlandse zorgstelsel in het kort

In Nederland wordt het zorgstelsel middels vier wetten geregeld (zie Box 1): de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet.<sup>5</sup> Daarnaast richt de Wet publieke gezondheid (Wpg) zich op preventieve gezondheidszorg, te weten het bevorderen, beschermen en bewaken van de volksgezondheid. In het kader van de Wpg moeten gemeenten een vangnetfunctie voor kwetsbare burgers (zoals dak- en thuisloze mensen) inrichten. Hiermee hebben zij dus ook een taak in het realiseren van een zorgverzekering voor ingezetenen die deze ontberen.<sup>6</sup> Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wpg, Wmo en Jeugdwet en dienen dit te doen binnen de door de landelijke overheid vastgestelde kaders.<sup>5,6</sup>

### Box 1: Het Nederlandse zorgstelsel in een notendop

Het gedachtegoed achter het huidige **Nederlandse zorgstelsel** is gebaseerd op bekende internationale principes: toegang tot zorg voor iedereen, solidariteit via een voor iedereen verplichte en toegankelijke zorgverzekering, en goede kwaliteit van zorg.

Het zorgstelsel in Nederland wordt geregeld met vier stelselwetten: de **Zorgverzekeringswet (Zvw)**, de **Wet langdurige zorg (Wlz)**; (voorheen Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)), de **Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)** en de **Jeugdwet**.

De Zvw bevat kortdurende geneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn, zijnde het **basispakket**. Hiervoor geldt een **verzekeringplicht**. Mensen kunnen zich aanvullend verzekeren via de vrijwillige **aanvullende verzekering**. Vergoeding hiervan loopt via de **zorgverzekeraar**.

De Wlz bevat langdurige zorg (na 366 dagen) en onverzekerbare medische risico's. De verstrekking en financiering van deze zorg worden grotendeels geregeld door de overheid en uitgevoerd door het **zorgkantoor**.

De Wmo biedt maatschappelijke ondersteuning, hulp en zorg aan mensen die hierin niet zelf kunnen voorzien.

De Jeugdwet biedt jeugdigen tot 18 jaar en hun families ondersteuning, hulp en zorg bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen.

**Gemeenten** hebben een wettelijke taak in het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van hun ingezetenen. Ze zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo, Wpg en de Jeugdwet. In het kader van de Wmo dient de gemeente bijvoorbeeld te zorgen voor ondersteuning, zoals huishoudelijke hulp, schuldsanering, of begeleiding bij het wonen.

### **Verzekeringsplicht**

Voor een goede uitvoering van het zorgstelsel is de verzekeringsplicht ingesteld. Deze plicht beoogt mensen te beschermen tegen medische risico's, doordat de hieraan verbonden financiële lasten uit solidariteit collectief worden gedragen.<sup>8,9</sup> De verzekeringsplicht geldt voor rechtmatig in Nederland verblijvende mensen die belastingplichtig zijn, inclusief personen met de EU-nationaliteit die in Nederland arbeid verrichten, zoals werkende buitenlandse studenten en expats. Jeugdigen tot 18 jaar kunnen worden verzekerd via de zorgverzekering van hun ouders; vanaf 18 jaar zijn zij zelf verzekeringsplichtig. Gedetineerden, voor wie alle levenskosten onder het ministerie van Justitie en Veiligheid vallen, zijn tijdens de detentieperiode niet verzekeringsplichtig via de zorgverzekeraar; de zorgverzekering wordt dan tijdelijk opgeschort.<sup>9-12</sup>

### **Uitvoering verzekeringsplicht**

De verzekeringsplicht wordt in Nederland vastgesteld door de Sociale Verzekeringsbank (SVB), die dit doet op basis van de verzekering ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz). Voorwaarden voor de verzekeringsplicht voor de Wlz zijn hetzelfde als voor de sociale volksverzekeringen Algemene Ouderdomswet (AOW), Algemene nabestaandenwet (Anw) en Algemene Kinderbijslagwet (AKw) en om die reden is er indertijd voor gekozen deze taak bij de SVB te beleggen. Wie verzekerd is ingevolge de Wlz, is verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit betekent dat zorgverzekeraars geen zelfstandige bevoegdheid hebben om te bepalen wie verzekeringsplichtig is, maar hierin het besluit van SVB volgen.<sup>11, 13</sup> Desalniettemin noopt de praktijk ertoe dat zorgverzekeraars moeten beoordelen of iemand een zorgverzekering kan afsluiten dan wel of deze verzekering dient te worden beëindigd. Daarom mogen zij vragen dat de persoon die zich wenst te verzekeren de hiertoe noodzakelijke gegevens verstrekt: Burgerservicenummer (BSN), (brief)adres en overige persoonsgegevens. Als er twijfels zijn over de verzekeringsplicht, kan de zorgverzekeraar informatie inwinnen bij de SVB. De SVB geeft dan uitsluitsel en hoeft hierbij om reden van privacy geen verdere argumentatie aan te leveren. De zorgverzekeraar volgt dit advies op. Uit de wet vloeit ook voort dat een zorgverzekering dient te worden beëindigd wanneer de verzekeringsplicht vervalft.

Zorgverzekeraars hebben hierin een wettelijke taak: zij moeten zorgvuldig controleren of de verzekerde persoon nog als ingezetene van Nederland kan worden beschouwd.<sup>14-17</sup>

### **Briefadres verplicht**

Voor het afsluiten van een zorgverzekering is sinds 2014 een briefadres vereist.<sup>18</sup> De zorgverzekeraar kan door maandelijkse controle met de Basisregistratie Personen (BRP; tot 2014 was dit de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA)) zien wanneer iemand naar het buitenland emigreert en zich bij de gemeente heeft uitgeschreven. Deze persoon wordt vervolgens uitgeschreven bij de zorgverzekeraar. Alle mutaties van nieuwgeborenen, verhuizingen naar het buitenland, et cetera, zijn zo via de BRP bij de zorgverzekeraar bekend. De zorgverzekeraar kan ook zogeheten ‘wanbetalers’ (zes maanden premieachterstand) uit het bestand filteren, waarna de wanbetaling gemeld wordt aan het Centraal Administratie Kantoor (CAK), die de betreffende persoon vervolgens aanmeldt voor de Regeling wanbetalers (zie ook ‘Overige regelingen voor de handhaving van de verzekeringsplicht en financiering van medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering’).<sup>14,17,19</sup>

### **Medische zorgplicht**

Op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) hebben medisch zorgverleners een algemene zorgplicht, die met zich meebrengt dat een zorgverlener slechts bij hoge uitzondering een patiënt kan weigeren te behandelen. Een zorgverlener kan een behandelingsovereenkomst slechts beëindigen als er sprake is van ‘gewichtige redenen’.<sup>20</sup> Wat een geldige en zwaarwegende reden kan zijn, staat niet expliciet in de WGBO, maar er is wel jurisprudentie over. Zo kan een zorgverlener de behandelplicht bijvoorbeeld weigeren als de patiënt zich onheus of agressief gedraagt richting de zorgverlener of anderen, mits daarbij zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen, zoals het zoeken naar een alternatief voor hulp. Voor medisch noodzakelijke zorg blijft een zorgverlener echter altijd gehouden aan de behandelplicht.<sup>21</sup> Naast de WGBO hebben landelijke beroepsverenigingen voor zorgverleners die BIG-geregistreerd (Beroepen Individuele Gezondheid) zijn een beroepscode opgesteld. De beroepscode bevat ethische en praktische normen en is een leidraad voor het handelen als professional. De code biedt handvatten om in complexe situaties een weloverwogen afweging te maken over wat goede zorg is in de betreffende situatie. Gezondheid en welzijn van de patiënt staan hierbij altijd voorop. Ook respectvolle bejegening met oog voor de autonomie van de patiënt zijn volgens de professionele standaarden van groot belang.<sup>22, 23</sup>

### **De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV): doelgroep, doelen en procedures**

De SOV is van toepassing op onverzekerde personen die rechtmatig in Nederland verblijven, onder wie personen met verward gedrag, dak- en thuislozen, (gewezen) EU-arbeidsmigranten, en overige personen met een andere nationaliteit (zoals buitenlandse toeristen, studenten en expats, en tijdelijk ook vluchtelingen met bijzondere status uit Oekraïne) die geen zorgverzekering hebben (en de zorg niet zelf kunnen betalen). De doelgroep waarvoor de SOV gebruikt kán worden, is sinds de start van de regeling in maart 2017 een aantal keer gewijzigd: waar de regeling van 2017 tot 2018 beperkt was

tot zorg aan verzekeringsplichtige personen, is de voorwaarde van verzekeringsplicht later komen te vervallen; van 2018 tot 2019 alleen voor niet-spoedeisende zorg en vanaf 2019 voor alle vormen van medisch noodzakelijke zorg.<sup>24,25</sup> Er is geen gedetailleerd zicht op de subgroepen die vanuit de Subsidieregeling gefinancierde medische zorg ontvangen.<sup>25,26</sup>

De SOV heeft primair tot doel om bij zorgaanbieders de financiële drempel tot het verlenen van zorg aan rechthebbende mensen zonder zorgverzekering weg te nemen, en zodoende te borgen dat ook deze mensen medisch noodzakelijke zorg krijgen indien ze die nodig hebben (waarbij de zorgaanbieder dus financieel gecompenseerd wordt voor de geleverde zorg). In Box 2 staat vermeld hoe dit proces globaal behoort te verlopen.<sup>24-27</sup>

**Box 2: Procedure voor het leveren van medisch noodzakelijke zorg in het kader van de SOV<sup>a</sup>**

- Persoon zonder zorgverzekering meldt zich bij zorginstantie vanwege medisch noodzakelijke zorg.
- Zorginstantie controleert verzekeringsstatus in systeem.
- Persoon blijkt onverzekerd. Zorginstantie gaat na of zorg eventueel via de SOV kan en zou moeten worden georganiseerd. Indien persoon geen Nederlands spreekt is moeilijker te beoordelen of hij/ zij rechthebbend is.
- Zorginstantie vraagt of persoon de kosten zelf kan betalen en/of vraagt soms een voorschot van 200,- euro of meer. Dit betreft een inspanningsverplichting, geen formele plicht.
- Geneeskundig verantwoordelijk zorgverlener beoordeelt of zorg medisch noodzakelijk is of uitstel verdraagt en neemt besluit tot leveren van zorg, dan wel uitstel ervan tot het moment dat verzekering geregeld is.
- Zorgverlener is geïnformeerd over het feit dat medisch noodzakelijke zorg gedeclareerd kan worden bij het CAK op de basis van de SOV en weet ook dat zorgkosten die niet aan de SOV-criteria voldoen niet vergoed worden.
- Zorgverlener weet ook dat er een meldplicht is; zie procedure meldplicht.
- Zorginstantie verzorgt de financiële zorgadministratie van de persoon zonder zorgverzekering.
- Het CAK heeft een website waarop de procedure voor de zorginstantie wordt uitgelegd, met regelmatige updates en verbeterpunten, zie:  
<https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/regeling-onverzekerden>
- Een zorginstelling die voor het eerst wil declareren dient daartoe een Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB)-overeenkomst met het CAK af te sluiten; dat is een standaardprocedure bij subsidieregelingen om kenbaar te maken dat de overheid waarde hecht aan de geleverde dienst en daarom subsidie verstrekt. De DAEB-overeenkomst bevat tevens een kopie van een recent bankafschrift, zodat het CAK het rekeningnummer en de tenaamstelling kan controleren.
- Het CAK beoordeelt de aangevraagde subsidie (factuur) binnen 13 weken en betaalt daarna binnen 6 weken uit op basis van een aantal criteria, waaronder:
  - geleverde zorg valt binnen het Zvw-basispakket;

- juiste tarieven;
- persoon aan wie zorg geleverd is behoort tot de juiste doelgroep (o.a. rechtmatig verblijf in Nederland);
- declaratie is tijdig ingediend: 12 maanden; na afloop van het kwartaal waarin de zorg is verleend;
- controle op de meldplicht (nu vervallen);
- de persoonsgegevens op het declaratieformulier moeten overeenkomen met die op de factuur; factuur bevat BSN;

Besluit: betaling of afwijzing met vermelding van redenen voor afwijzing.

- De zorginstantie wordt financieel gecompenseerd voor de medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.
- Mensen zonder zorgverzekering zijn geholpen met medisch noodzakelijke zorg, zowel spoed- als niet-spoedeisend.

<sup>a</sup> *Afhankelijk van ontwikkelingen in de SOV is ook deze procedure onderhevig (geweest) aan wijzigingen*

Een tweede doel bij de ontwikkeling en invoering van de SOV was dat zorgbehoevende personen zonder zorgverzekering door inspanningen van gemeenten opgespoord zouden kunnen worden en zouden kunnen worden geholpen om zich alsnog te verzekeren. Daardoor zou eventuele vervolgzorg wél uit de zorgverzekering kunnen worden betaald, zou de onverzekerde persoon ook andere vormen van maatschappelijke ondersteuning kunnen krijgen, en zou de SOV dus bijdragen aan een sluitende keten van zorg. Om dit te realiseren werd een meldplicht voor de zorgaanbieder in de SOV opgenomen. Deze meldplicht zou tevens het risico op misbruik van de Subsidieregeling verkleinen, dit vanwege de (extra) controle van de meldingen op onder meer verzekeringsplicht. De procedure voor de meldplicht en het hierop volgende gemeentelijke hulptraject is globaal uiteengezet in Box 3.<sup>24-27</sup> De meldplicht, en daarmee ook onderstaande procedure, is per 1 augustus 2022 (voorlopig) komen te vervallen voor zorg verleend vanaf maart 2022. Zorg die vóór 1 maart 2022 is geleverd kan nog binnen 12 maanden bij het CAK worden gefactureerd, mits deze binnen 7 dagen na levering gemeld is bij GGD GHOR. Als de zorg toen niet binnen 7 dagen is gemeld, is vergoeding van de zorg niet meer mogelijk.<sup>25, 28-30</sup>

**Box 3: Procedure voor het melden van geleverde medisch noodzakelijke zorg (meldplicht; inmiddels opgeschort) en het gemeentelijke vervolghulptraject in het kader van de SOV<sup>a</sup>**

- Zorgmedewerker weet dat voor de administratieve facturatieprocedure bij het CAK een meldnummer van de GGD GHOR verplicht is, zijnde onderdeel van de meldplicht. Voor de meldplicht is een aparte administratieve procedure opgesteld.
- De meldplicht is om reden van efficiëntie en snelheid landelijk belegd bij GGD GHOR en niet bij gemeenten, die de zorgplicht dragen. Vanwege opslag van privacygevoelige informatie is het landelijke dataplatform ontwikkeld met de allerhoogste technische inrichtings- en veiligheidseisen en autorisaties.

- Binnen 7 dagen na zorgverlening (eerder: 24 uur) meldt de zorginstantie bij de GGD GHOR Nederland via het Meldpunt Onverzekerden Zorg dat medisch noodzakelijke zorg is geleverd. Voor de melding op zich is geen toestemming nodig van de onverzekerde. De melding bevat persoonsgegevens (naam, leeftijd, telefoonnummer, adres of postcode van verblijfplaats, BSN, type zorginstelling), waarvan sommige (tijdelijk) wel onderhevig zijn (geweest) aan toestemming.
- Het landelijke dataplatform van de GGD GHOR genereert een meldnummer en verstuurt dit naar de betreffende zorginstantie. Die heeft het meldnummer nodig om te kunnen factureren bij CAK (zonder meldnummer geen vergoeding). Het meldnummer is 30 dagen geldig en kan voor dezelfde patiënt meermaals worden gebruikt als hij/zij binnen 30 dagen vaker medisch noodzakelijke zorg nodig heeft.
- GGD GHOR geeft de melding op basis van postcodes door aan een regionaal Meldpunt Onverzekerden Zorg (in Rotterdam is dit inmiddels het geïntegreerde Meldpunt Zorgen om een Ander). Dit Meldpunt is in sommige regio's belegd bij de GGD, in andere bij een andere gemeentelijke afdeling.
- De gemeente voert in haar woongebied haar zorgplicht uit voor de mensen in een kwetsbare positie. Gemeenten en GGD'en hebben een taakverdeling t.a.v. het afhandelen van de melding, het leggen van contact met de aangemelde personen zonder zorgverzekering en de vervolgpcedure om de persoon verzekerd te krijgen en/of anderszins maatschappelijke ondersteuning te bieden (bijvoorbeeld vanwege mogelijk aanwezige multiproblematiek). In Rotterdam-Rijnmond is die ongeveer als volgt afgesproken:
  - Meldpunt doet GBA-check op basis van BSN of combinatie achternaam en geboortedatum. Als persoon niet in Rotterdam, maar elders in Nederland staat ingeschreven, zorgt het Meldpunt voor het doorzetten van de informatie aan het juiste meldpunt/ gemeente. Dan doorzetten naar juiste gemeente (Geen BRP? Dan RNI-nummer);
  - Meldpunt doet VeCoZo-check op verzekerdheid;
  - Meldpunt stuurt brief naar onverzekerden met verblijf/adres in Rotterdam. Hierin zijn de contactgegevens opgenomen van de vraagwijzer van de wijk; VGZ Rotterdampolis aangeboden;
  - Na 4/6 weken check op onverzekerdheid.

*<sup>a</sup> Afhankelijk van ontwikkelingen in de SOV is ook deze procedure onderhevig (geweest) aan wijzigingen*

### **De SOV: ontwikkelingen en aanpassingen over tijd**

De SOV kon bij de start in maart 2017 uitsluitend worden gebruikt voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtigen, omdat de toenmalige VWS-minister misbruik en een aanzuigende werking op niet-Nederlanders zoveel mogelijk wilde voorkomen. Vanwege onwenselijke onderbenutting en de hoge administratieve lasten die de controle op de verzekeringsplicht voor zorgaanbieders met zich meebrachten, is de eis van verzekeringsplicht vanaf maart 2018 komen te vervallen. In eerste instantie gold die verruiming alleen voor spoedeisende zorg, maar op verzoek van



de Nederlandse Straatdokters Groep werd deze een jaar later (maart 2019) ook voor andere (niet-spoedeisende) typen medisch noodzakelijke zorg doorgevoerd. Hierbij moest expliciet uitzondering worden gemaakt voor medische zorg aan onverzekerbare vreemdelingen, omdat er voor deze groep al een andere subsidieregeling bestaat (de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV), geregeld in artikel 122a van de Zvw; zie hieronder).<sup>26</sup>

Voor de periode tot augustus 2021 zijn ook de overige ontwikkelingen van de SOV uitvoerig beschreven en toegelicht in het landelijke evaluatierapport van VWS.<sup>26</sup> Het betreft onder meer:

- de versoepeling van de toestemmingsprocedure: waar de zorgaanbieder aanvankelijk bij melding alleen met toestemming van de onverzekerde patiënt persoonsgegevens mocht verstrekken, werd het voorschrift vanaf maart 2018 om ook bij het ontbreken van toestemming ten minste leeftijd of geboortjaar, initialen, nationaliteit en geslacht te melden, en werd per maart 2019 expliciet in de regeling opgenomen dat het Burgerservicenummer (BSN) met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018 niet meer onderhevig is aan het toestemmingsvereiste;
- de verlenging van de meldtermijn van 24 uur naar 7 kalenderdagen na de zorghandeling sinds 1 maart 2018;
- een uitzondering op de meldtermijn/ tijdigheid van meldingen voor mensen die met terugwerkende kracht onverzekerd raken per 1 maart 2019;
- de verlenging van de geldigheidsduur van een meldnummer bij vervolgzorg (waar eerst elke zorghandeling afzonderlijk moest worden gemeld, werd een meldnummer per 1 maart 2018 30 dagen geldig bij vervolgzorg aan dezelfde persoon);
- de verlenging van de declaratietermijn (van drie naar twaalf maanden per maart 2019).

Na de publicatie van dit landelijke rapport en gedurende dit onderzoek hebben zich eveneens een aantal belangrijke ontwikkelingen voorgedaan<sup>25, 28-31</sup>, zoals:

- een uitzonderingsmogelijkheid tot subsidie voor gevallen die – mits met geldige reden en aanlevering van bewijsstukken hiervoor – niet binnen 7 dagen zijn gemeld bij de GGD GHOR, dit per 1 maart 2002;
- een tijdelijke openstelling van de SOV voor vluchtelingen uit Oekraïne, dit per juni 2022 voor zorg geleverd na maart 2022. Voor Oekraïense vluchtelingen met BSN is per 1 juli 2022 een aparte subsidieregeling voor medisch noodzakelijke zorg ingesteld, de zogeheten Regeling Medische zorg voor Ontheemden (RMO; met ruimere dekking dan de SOV);
- het vervallen van de Meldplicht bij de GGD GHOR als voorwaarde voor subsidie; eind juni 2022 werd bekend gemaakt dat dit per 1 augustus 2022 en met terugwerkende kracht tot 1 maart 2022 zou ingaan.
- de digitalisering van het declaratieproces bij het CAK voor apothekers (farmaceutische zorg) is recentelijk geoperationaliseerd. Momenteel werkt het CAK tevens aan het digitaliseren van het declaratieproces voor andere vormen van zorg/ typen zorgaanbieders, waarbij het de bedoeling is aan te sluiten bij reeds bekende en gebruikte digitale systemen. Hierdoor zouden eerst huisartsen (naar verwachting al in het eerste kwartaal 2023) en later ook zorgmedewerkers van GGZ-instellingen en ziekenhuizen (gefaseerd in de latere kwartalen van 2023) hun declaraties digitaal moeten kunnen gaan indienen.

De SOV kent (nog) geen uitgavenplafond, al zijn de uitgaven in de afgelopen jaren landelijk gezien erg toegenomen: ze bedroegen in 2018 10 miljoen, in 2019 22 miljoen, in 2021 45 miljoen, en in 2022 naar verwachting (N.B. nog onbekend op het moment van schrijven) 55 miljoen. De financiering geschiedt vanuit de Rijksoverheidsfinanciën.<sup>26,27</sup>

### **Overige regelingen voor de handhaving van de verzekeringsplicht en financiering van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering**

Naast de SOV bestaan er een aantal andere regelingen waarmee de controle en handhaving van de verzekeringsplicht en financiering van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering worden uitgevoerd; het CAK is hierbij het uitvoeringsorgaan.

Voor de financiering van medische zorg aan onverzekerbare vreemdelingen en illegalen is er de **Regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV)**, die wettelijk is geregeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.<sup>32</sup>

Voor medische zorg aan vluchtelingen uit Oekraïne is per 1 juli 2022 een aparte regeling ingesteld, de zogeheten **Regeling Medische zorg voor Ontheemden (RMO)**. De zorg die door deze regeling wordt gedekt is uitgebreider dan die uit de SOV. Medische zorg die vóór 1 juli aan deze groep is geleverd, valt onder de SOV. Vergoeding van geleverde zorg na 1 juli valt onder de RMO, mits de Oekraïense persoon een BSN heeft; zo niet dan valt de zorg alsnog onder de SOV.<sup>33</sup>

Ook voor asielzoekers die nog bezig zijn met de procedure bij de Immigratie- en Naturalisatiedienst (IND) is een aparte regeling opgesteld, de **Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA)**.<sup>34</sup>

Voor mensen die van wege geloof of levensovertuiging geen zorgverzekering willen afsluiten en door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) erkende en gegrond verklaarde bezwaren hebben tegen de verzekeringsplicht, is er de **Regeling gemoedsbezwaarden**.<sup>35</sup>

Voor wanbetalers, die de zorgpremie zes maanden of langer niet hebben betaald, is eveneens een aparte regeling ingesteld, de zogeheten **Regeling wanbetalers**. Zorgverzekeraars melden de wanbetaler aan bij het Centraal Administratie Kantoor (CAK). CAK meldt de betreffende persoon vervolgens aan voor de regeling, waarbij de wanbetaler via de zorgverzekeraar verzekerd blijft, maar hiervoor een hogere, bestuursrechtelijke premie betaalt. Premieterugvordering blijft doorlopen, via beslag op inkomen of via het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB).<sup>36</sup>

De **Regeling onverzekerden** richt zich op verzekeringsplichtige mensen die niet voldoen aan de verzekeringsplicht. Het CAK identificeert deze mensen en schrijft hen op hun briefadres aan met het (dringende) verzoek zich vanwege de verzekeringsplicht en de daaraan gekoppelde zorgpremiebetaling te verzekeren. Aan de Regeling onverzekerden is geen subsidiemogelijkheid gekoppeld.<sup>37</sup>

## 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 dit 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 doelgroep van mensen zonder zorgverzekering voor wie de SOV (potentieel) is gebruikt.

## 3. Methoden

### Algehele studieopzet

Dit evaluatieonderzoek is uitgevoerd in opdracht van en in samenwerking met de gemeente Rotterdam gedurende de periode september 2021 – juni 2023 (inclusief verslaglegging). In deze bijlage rapporteren wij over de wetenschappelijke onderbouwing van het onderzoek. Hierbij gaan we in op de onderzoekspopulatie en de gevolgde onderzoeksmethoden. Met een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve methoden en triangulatie<sup>38</sup> bestond de aanpak uit:

#### 3.1. Stakeholderanalyse

#### 3.2. Inventarisatie van reeds beschikbare en op te vragen (publieke) informatie en (grijze) literatuur

#### 3.3. Inventarisatie van gegevens uit registratiesystemen

#### 3.4. Stakeholderbevraging – E-mailvragenlijsten onder professionele stakeholders

#### 3.5. Stakeholderbevraging – Oriëntatiegesprekken en diepte-interviews met professionele stakeholders

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

#### 3.7. Infographic

Per onderdeel wordt, waar nodig, ingegaan op de werving, de dataverzameling en de data-analyse.

Het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam hebben de samenwerking in het kader van dit evaluatieonderzoek vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst. Voor de uitwerking van de onderzoeksvragen hebben we dus 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).<sup>38</sup> 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. In de volgende paragrafen van dit Methoden-hoofdstuk is de opzet van de verschillende studieonderdelen in meer detail beschreven.

### 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).

### 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 thuislozen, personen met gedrag, (gewezen) EU-arbeidsmigranten en overige personen met

een andere nationaliteit (zoals buitenlandse toeristen, studenten en expats, en tijdelijk ook vluchtelingen uit Oekraïne) die geen zorgverzekering hebben (en de zorg niet zelf kunnen betalen). Zoals eerder omschreven (zie **1. Achtergrond**) is de SOV-patiëntendoelgroep sinds de start van de regeling in maart 2017 een aantal keer gewijzigd. Omdat er slechts beperkt inzicht was in de subgroepen die vanuit de SOV gefinancierde zorg hebben ontvangen,<sup>26</sup> 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 toelichting **3.3.**

### **Inventarisatie van gegevens uit registratiesystemen).**

Tot de studiepopulatie 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 in aanraking (zouden kunnen) zijn geweest. Zij zijn in hieronder omschreven '**Stakeholderanalyse**' (volgende paragraaf) uitvoeriger in kaart gebracht.

## **3.1. Stakeholderanalyse**

Omdat nog niet alle stakeholders op voorhand al in beeld waren, zijn we begonnen met een stakeholderanalyse, die we in de loop van het project steeds verder hebben uitgewerkt. De gemeente was hierbij een belangrijke informant. Het literatuuronderzoek en de stakeholderbevraging resulteerden eveneens in identificatie van nieuwe stakeholders. De stakeholderanalyse is gebruikt om onderzoeksvragen 1.2. ('Voor wie' wordt de SOV gebruikt?) en 1.3. ('Door wie' wordt de SOV gebruikt?) te beantwoorden en om diverse studieonderdelen voor te bereiden.

## **3.2. Inventarisatie van reeds beschikbare en op te vragen (publieke) informatie en (grijze) literatuur**

We hebben in kaart gebracht welke reeds beschikbare (publieke) informatie en (grijze) literatuur ons zouden kunnen helpen bij het beantwoorden van zowel de kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksvragen. We hebben hiervoor onder meer gezocht naar: externe communicatie en publieke voorlichting via websites en (sociale) mediaberichten (o.a.: wat melden deze over de SOV en andere procedures/ mogelijkheden bij onverzekerde, zoals de zorgverzekeringplicht, briefadresregeling?); wetenschappelijke en populairwetenschappelijke stukken (o.a.: wat is er al bekend over het gebruik en de ervaringen en opvattingen met de SOV en over de gezondheid en de toegang tot zorg onder onverzekerde patiënten?); jurisprudentie en (delen van) bestaande rapporten, verslagen en notulen (o.a.: wat zijn de ontwikkelingen in beleid, wet- en regelgeving omtrent SOV-processen?). Van een aantal grote zorg- en hulpinstanties in de regio Rotterdam-Rijnmond en/of hun landelijke koepelverenigingen (o.a. SRZ-ziekenhuizen, gemeentelijke loketten, Zorgverzekeringlijn) organisaties hebben we daarnaast per mail en/of telefonisch informatie opgevraagd. Het betrof onder meer informatie over de procedures die zij volgen bij contact met de SOV-doelgroep en over hoe zij zowel extern als intern (bijvoorbeeld via intranet) communiceren over de SOV.

Naast de beschikbaarheid, hebben we de kwaliteit en het detailniveau van deze gegevens verkend. Afhankelijk hiervan hebben we ze vervolgens gebruikt voor de beantwoording van beide hoofdonderzoeksvragen (**1. Hoe wordt de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt en hoe effectief en doelmatig is dit gebruik?**; **2. Welke ervaringen en opvattingen hebben belanghebbenden m.b.t. de SOV?**) en – indirect – ook bij de voorbereiding van en later bij de interpretatie van bevindingen uit de andere deelstudies. Die informatie is geïntegreerd in verschillende delen van dit eindrapport, met waarborging van privacy waar nodig of wenselijk.

### **3.3. Inventarisatie van gegevens uit registratiesystemen**

Voor deze deelstudie hebben we gegevens over de regio Rotterdam-Rijnmond verkregen van 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).

Deze voornamelijk kwantitatieve data zijn gebruikt voor de beantwoording hoofdonderzoeksvraag 1 (**Hoe wordt de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt en hoe effectief en doelmatig is dit gebruik?**). De deelvragen van hoofdonderzoeksvraag 1 hebben we hierbij als volgt iets meer toegespitst op de beschikbare data:

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

**1.1.1. Hoe vaak is er in de regio Rotterdam-Rijnmond melding gedaan van medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering?**

**1.1.2. Hoe vaak hebben zorgmedewerkers uit de regio Rotterdam-Rijnmond een declaratie/subsidieverzoek bij het CAK ingediend?**

**1.1.3. Hoeveel is er in de regio Rotterdam-Rijnmond uitgegeven aan de SOV?**

**1.2. ‘Voor wie’ is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt? → 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?**

**1.2.1. Wie (welke groepen patiënten zonder zorgverzekering) zijn er in de regio Rotterdam-Rijnmond bij de GGD GHOR aangemeld in het kader van de SOV?**

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

**1.3. ‘Door wie’ is de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt? → Welke typen zorginstanties hebben in de regio Rotterdam-Rijnmond in het kader van de SOV bij de GGD GHOR melding gedaan?**

**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?**

**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]**

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

**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?**

### **Dataverzameling**

De gegevens van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg (hierna: Meldpunt) vormden de basis voor de kwantitatieve deelstudie. Deze gegevens waren essentieel, omdat ze naar verwachting en volgens eerste inspectie unieke inzichten zouden verschaffen in a) hoe vaak, voor wie (welke subgroepen van patiënten zonder zorgverzekering) en door wie (welk type zorginstanties) er melding is gemaakt van medisch noodzakelijke zorg bij onverzekerde (deelvragen 1.1., 1.2. en 1.3.); b) de kwaliteit/ bruikbaarheid van de gegevens die bij melding worden aangeleverd en geregistreerd, en in hoeverre deze de gemeente in staat stellen hulp bij verzekeren en maatschappelijke ondersteuning in te zetten (vraag 1.4.); en c) welke inspanningen de gemeente heeft verricht om aangemelde patiënten verzekerd te krijgen, en welke informatie er is over het resultaat van deze inspanningen (vraag 1.4.). Om deze gegevens te kunnen uitwisselen en analyseren hebben het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam de rechten en verantwoordelijkheden m.b.t. onder meer de uitwisseling, verwerking en opslag vastgelegd in een verwerkersovereenkomst (van de gemeente) en een data transfer agreement (van het Erasmus MC).

Omdat we voor de analyse van de Meldpunt-data gegevens op persoonsniveau moesten verwerken (en dus niet konden volstaan met gegevens op geaggregeerd niveau) en de personen die het betreft hier naar onze inschatting vaak geen toestemming voor gegeven zouden hebben, moesten we rekening houden met de Algemene verordening gegevensbescherming (uitvoeringswet AVG). Dit hebben we gedaan door met hulp van de Privacy Kennis Organisatie (PKO) van het Erasmus MC te beargumenteren waarom uitzondering op de AVG-toestemmingsgrond in kader van dit onderzoek verdedigbaar zou zijn. Argumenten hiervoor waren: uitdrukkelijke toestemming is onmogelijk of kan alleen met onevenredige inspanningen worden verkregen; het onderzoek dient een algemeen (volksgezondheids)belang; de verwerking van de gevraagde gegevens is noodzakelijk voor het onderzoek; bij de uitvoering van het onderzoek zullen maatregelen worden getroffen die borgen dat de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene niet onevenredig wordt geschaad. Het Erasmus MC en de gemeente Rotterdam hebben de dataset getoetst, opdat er niet meer gegevens zouden worden verwerkt dan nodig (dataminimalisatie).



Uit de gegevens van het Meldpunt is vervolgens een extract gemaakt, dat in mei 2022 met het Erasmus MC is gedeeld. Dit extract is uit veiligheids- en privacyoverwegingen ontdaan van Burgerservicenummers (BSN).

Een inschatting van hoeveel onverzekerde personen na aanmelding voor de SOV alsnog verzekerd raken, en hoeveel tijd daar overheen gaat (onderzoeksvraag 1.4.), bleek niet mogelijk op basis van uitsluitend de geregistreerde aanmeldgegevens. Gegevens over deze ontwikkelingen in de zorgverzekeringsstatus van de aangemelde gevallen zijn daarom voor een steekproef aanvullend verzameld door een onderzoeker van het Erasmus MC (aanleveren van meldnummers) en een medewerker van het Meldpunt (aanvullen van deze meldnummers met gegevens over de zorgverzekeringsstatus) en beveiligd uitgewisseld via het programma Surffilesender. De onderzoeker van het Erasmus MC heeft de medewerker van het Meldpunt hiertoe een voucher verstuurd, waarmee de medewerker van het Meldpunt de aanvullende gegevens met extra wachtwoordversleuteling heeft verstuurd naar het Erasmus MC. Dit wachtwoord is mondeling door de medewerker van het Meldpunt en de onderzoeker van het Erasmus MC uitgewisseld. De intentie was om voor elk aanmeldjaar een aselechte steekproef van ca. 10% (steekproef fractie) te nemen uit alle meldingen van personen die in dat jaar volgens het Meldpunt in principe ‘zorgverzekeraar’ waren. Als gevolg van logistieke en praktische complicaties waren de uiteindelijke steekproef fracties voor sommige jaargangen iets kleiner dan de beoogde 10%. Door middel van een ‘VeCoZo-check’ – VeCoZo is de landelijke dienstverlener op het snijvlak van zorg en ICT, die veilige communicatie in de zorg probeert te waarborgen, met als doel kostenbeheersing en administratieve lastenverlichting in de zorg – is vervolgens de zorgverzekeringsstatus van alle gevallen/personen in kaart gebracht, zowel in het steekproefkader, in het jaar van melding, als in de steekproef, op peildata tussen eind mei en begin juli 2022.

Van het CAK zijn op twee momenten (eind februari 2022 en halverwege november 2022) per mail geaggregeerde gegevens verkregen over SOV-subsidieverzoeken/ SOV-declaraties door zorgmedewerkers in regio Rotterdam-Rijnmond. We hebben het CAK verzocht om informatie over aantallen gehonoreerde en afgewezen subsidieverzoeken (inclusief reden voor afwijzing) en over de omvang van de uitgaven, waar mogelijk uitgesplitst naar jaar, nationaliteitsgroep, zorgsoort en beschikbaarheid van BSN. Ten behoeve van de interpretatie en contextualisering van deze data heeft het CAK op ons verzoek daarnaast een aantal gegevens verschaft over het gebruik van de Regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV), een aan de SOV verwante subsidieregeling die volgens interviews in de praktijk wat overlap zou kunnen vertonen met de SOV.

Ten tijde van dit onderzoek – onder meer tijdens overleggen van de in het afgelopen jaar opgerichte ‘Werkgroep Onverzekerden’, waarin gemeente, contactpersonen onverzekerden van SRZ-ziekenhuizen, een straatdokter en een onderzoeker van het Erasmus MC vertegenwoordigd zijn – kwamen er signalen dat de aantallen meldingen die zorginstellingen zelf registreren niet overeen zouden komen met de aantallen meldingen die via de landelijke GGD GHOR bij het regionale Meldpunt Onverzekerden Zorg binnenkomen. Naar aanleiding hiervan is besloten om deze kwantitatieve deelstudie uit te breiden met gegevens over meldingen die door de SRZ-ziekenhuizen

zelf ter beschikking zouden worden gesteld. Indien mogelijk zouden we deze meldingsgegevens dan vergelijken met de aantallen meldingen die bij het Meldpunt zijn doorgelopen. Tussen eind juni en begin augustus 2022 hebben een aantal SRZ-ziekenhuizen hiertoe geaggregeerde gegevens aangeleverd over de meldingen die zij volgens hun eigen registraties gedaan zouden hebben. Hierbij werden de ziekenhuizen vrijgelaten in de gegevens die zij wilden verstrekken. Hierbij is afgesproken dat bevindingen niet op het niveau van afzonderlijke ziekenhuizen gerapporteerd worden. De uitwisseling van de gegevens heeft plaatsgevonden via beveiligde e-mail of met behulp van Surffilesender.

Alle ruwe gegevens die we van de hierboven omschreven leveranciers hebben ontvangen, zijn uitsluitend opgeslagen op de beveiligde servers van het Erasmus MC. Ze zijn te allen tijde alleen vanuit het Erasmus MC of via MijnWerkplek benaderd en niet met derden gedeeld. De student-assistent die heeft geholpen bij het opschonen van de gegevens, heeft hiervoor een geheimhoudingsverklaring getekend. De verzamelde gegevens worden maximaal 15 jaar bewaard bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC, in overeenstemming met de AVG-richtlijnen. Bij publicatie zal de mogelijkheid tot herleiding van gegevens redelijkerwijs worden voorkomen.

### **Data-analyse**

Om de gegevens van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg te kunnen analyseren, moesten de ruwe Excelbestanden eerst grondig worden opgeschoond en geüniformeerd. Kort samengevat hebben we hiertoe voor de verschillende jaarbestanden o.a.: consistentie aangebracht in naam en format van dezelfde of vergelijkbare (bv. datumvariabelen) typen variabelen; de inhoud van variabelen met een beperkt aantal waarden (bv. geslacht) opgeschoond en op systematische wijze gehercodeerd in numerieke waarden; de inhoud van open veld-/ stringvariabelen (bv. nationaliteit) waar mogelijk opgeschoond en numeriek gecategoriseerd; en toegekende kleurcodes en informatie uit aparte tabbladen omgezet naar een nieuwe, numerieke variabelen. Alle numerieke classificaties zijn in een codeboek van toelichting voorzien. Op basis van de eigen bewerking konden uit de opgeschoonde gegevens additionele kenmerken worden afgeleid, zoals: leeftijd van de patiënt; aantal meldingen voor dezelfde patiënt, categorie van zorgorganisatie, verblijfplaats van de patiënt (regio en land).

Verder hebben we aan de hand van een beoordeling van de geregistreerde kenmerken geprobeerd inzicht te krijgen in de kwaliteit (volledigheid en geldigheid) van de geregistreerde gegevens.<sup>39</sup> '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.

Ter beantwoording van de vraag hoeveel onverzekerde personen na aanmelding voor de SOV alsnog verzekerd raken, en hoeveel tijd daar overheen gaat (onderzoeksvraag 1.4.), hebben we de opgeschoonde Meldpuntbestanden verrijkt met de aanvullend verzamelde gegevens over

ontwikkelingen in de zorgverzekeringsverzekeringsstatus (voor een aselechte steekproef van ca. 10% van de gevallen die volgens het Meldpunt in principe ‘zorgverzekeraar’ waren).

Voor het bepalen van de ‘consistentie’ tussen Meldpunt-gegevens voor specifieke ziekenhuizen en gegevens van de betreffende ziekenhuizen zelf hebben we de opgeschoonde Meldpuntbestanden op basis van meldnummer samengevoegd met data die de betreffende ziekenhuizen hebben aangeleverd.

Alle gegevens zijn vervolgens descriptief geanalyseerd in de softwareprogramma’s Excel en SPSS.

Voor de interpretatie van deze gegevens is tevens gebruikt gemaakt van informatie uit een aantal diepte-interviews (stakeholderbevraging) en reeds bestaande (grijze) literatuur.

### **3.4. Stakeholderbevraging – E-mailvragenlijsten onder professionele stakeholders**

Om een breder beeld te krijgen van de praktijkervaringen rondom medische zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering en het gebruik van de SOV hebben we een korte e-mailvragenlijst uitgezet. Aan de hand van enkele vragen hebben we getracht antwoorden te krijgen op een aantal deelvragen horend bij hoofdonderzoeksvraag 1 (**Hoe wordt de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt en hoe effectief en doelmatig is dit gebruik?**), waarbij we met name een betere inschatting wilden kunnen maken van de bekendheid met en de mate van gebruik (en mogelijk ‘ondergebruik’) van de Subsidieregeling onder betrokken zorg-, hulp- en dienstverleners (deelvragen 1.1., 1.3.). Middels open vragen hebben we hoofdonderzoeksvraag 2 (**Welke ervaringen en opvattingen hebben belanghebbenden m.b.t. de SOV?**) geadresseerd, waarbij we ons vooral hebben gericht op ervaren knelpunten en verbeteringsuggesties.

#### **Onderzoekspopulatie**

Bij het opstellen van de vragenlijst hebben we gekozen voor vier varianten voor verschillende stakeholdergroepen (inzage op aanvraag). De inhoud van de e-mailvragenlijsten is per stakeholdergroep afgestemd op de rol van de betreffende stakeholders, zodat zij alleen vragen zouden krijgen die voor hen relevant en te beantwoorden zijn. De stakeholdergroepen waren:

1. Medisch zorgverleners: onder meer medisch specialisten, huisartsen, apothekers en verpleegkundigen. Vragen gingen vooral over het verlenen van medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering en het gebruik van de SOV hierbij.
2. Maatschappelijk hulpverleners: maatschappelijk werkers van onder meer gemeente en maatschappelijke opvangorganisaties, die in contact kunnen staan met de patiëntenpopulatie op wie de SOV van toepassing is. Vragen betroffen voornamelijk het toeleiden van mensen zonder zorgverzekering naar medisch noodzakelijke zorg, zorgverzekering en/of maatschappelijke ondersteuning, en het gebruik van de Subsidieregeling hierbij.
3. Medisch en maatschappelijk hulp- en zorgverleners: straatdokters en straatverpleegkundigen/ medische zorgverleners die daarnaast ook maatschappelijke ondersteuning bieden. De vragenlijst voor deze stakeholdergroep was een combinatie van die voor de eerste en tweede groep.

4. Hulp- en dienstverleners die vanwege het verlenen van administratieve of materiële hulp bij medische zorg te maken kunnen krijgen met patiënten zonder zorgverzekering, zoals medewerkers van financiële afdelingen en patiëntenbalies van zorginstellingen. Vragen gingen voornamelijk over ervaringen met het verlenen van hulp aan patiënten zonder zorgverzekering, en het gebruik van de SOV hierbij.

### **Werving en dataverzameling**

We hebben de stakeholders waar mogelijk persoonlijk benaderd, via een wervingsgerichte e-mailuitnodiging (inzage op aanvraag). Aan elke recipiënt zijn bij het uitblijven van reactie 1 tot 3 tweewekelijkse reminders gestuurd via de e-mail. Uiteindelijk hebben we ook een aantal vragenlijsten verspreid door op enkele locaties een papieren versie uit te delen.

Het verzamelen van de responses liep van april 2022 tot november 2022. Dat betekent dat de regelgeving ten tijde van de dataverzameling onderhevig is geweest aan veranderingen, waarvan het komen te vervallen van de meldplicht de voornaamste is. In een herziene versie van de vragenlijst (inzage op aanvraag) hebben we deze wijziging in juli 2022 toegevoegd.

Voor de werving van respondenten hebben wij voor de verschillende stakeholdergroepen (een combinatie van) verschillende strategieën gebruikt.

Voor vragenlijst 1 (medisch zorgverleners) streefden we naar een oververtegenwoordiging van medisch zorgverleners die waarschijnlijk regelmatig met medisch noodzakelijke zorg aan patiënten zonder zorgverzekering te maken zouden krijgen. Hiertoe hebben we in eerste instantie via internet voor elk van de SRZ-ziekenhuizen gezocht naar e-mailadressen van medisch en verpleegkundig specialisten van de afdelingen spoedeisende hulp, interne geneeskunde en chirurgie, plus een aantal disciplines van waaruit voornamelijk planbare zorg wordt verleend, zoals geriatrie, en reumatologie. Omdat deze contactgegevens niet of slechts beperkt openbaar toegankelijk bleken, hebben wij de contactpersonen onverzekerden van de SRZ-ziekenhuizen vervolgens verzocht om ons te helpen bij het verspreiden van de vragenlijsten onder hun collega's. Voor het Erasmus MC werd ook de interne medewerkersdatabase geraadpleegd. De contactenlijst is verder aangevuld met medisch zorgverleners uit het eigen professionele netwerk van leden van de projectgroep. Daarnaast hebben we zorginstellingen aangeschreven waarvan bekend was dat ze in de periode tussen de start/ingangsdatum van de SOV (1 maart 2017) en 1 maart 2022 ten minste één keer melding hebben gemaakt van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan patiënten zonder zorgverzekering. Het betrof onder meer huisartsenpraktijken en gezondheidscentra, apotheken, ziekenhuizen, GGZ-instellingen en crisiscentra, ambulancediensten, verpleeg- en verzorgingstehuizen en verloskundepraktijken.

Uitgangspunt voor de verspreiding van vragenlijst 2 (maatschappelijk hulpverleners) vormde een door de Gemeente Rotterdam beschikbaar gestelde lijst met persoonlijke en algemene werk-e-mailadressen van contactpersonen van alle wijkteams en vraagwijzers binnen de gemeente Rotterdam. Deze zijn allemaal persoonlijk of op teamniveau aangeschreven. Daarnaast hebben we maatschappelijk werkers van verschillende maatschappelijke opvanglocaties geworven; zij zijn aangeschreven via e-mail of benaderd bij een bezoek aan de locatie zelf.

Voor vragenlijst 3 (straatdokters en straatverpleegkundigen) hebben we contactgegevens opgevraagd en ontvangen via de Nederlandse Straatdoktersgroep (NSG) en binnen de projectgroep bekende straatdokters die werkzaam zijn in de regio Rotterdam-Rijnmond. Verder zijn er ook in deze groep vragenlijsten afgenomen tijdens een fysiek bezoek aan een aantal maatschappelijke opvanglocaties.

Voor de vierde vragenlijst voor hulp- en dienstverleners betrokken bij administratieve of materiële hulp bij medische zorg hebben wij de contactpersonen onverzekerden van de SRZ-ziekenhuizen verzocht de vragenlijst zelf in te vullen en intern te verspreiden op hun financiële administratie-afdelingen.

Uitgaande van een responsgraad van ca. 20%, was de intentie om in totaal (alle stakeholdergroepen) 100 tot 200 e-mailuitnodigingen (met vragenlijst) uit te sturen. In alle stakeholdergroepen hebben we gepoogd het bereik en de respons te vergroten door op sociale media (LinkedIn) een oproep te plaatsen tot deelname aan de studie (in te zien op aanvraag). Tot slot hebben we zowel in deze oproep als in de verzonden e-mails aangemoedigd tot het verder verspreiden van de vragenlijst onder belanghebbenden ('sneeuwbalmethode').

#### **Data-analyse**

Gegevens uit de e-mail-interviews zijn geanalyseerd middels descriptieve kwantitatieve en kwalitatieve methodes. Kwalitatieve data (antwoorden op open vragen) zijn thematisch geanalyseerd.<sup>40</sup> Dat wil zeggen dat aan deze antwoorden coderingen zijn toegekend, die vervolgens zowel tussen als binnen personen op verschillen en overeenkomsten zijn geanalyseerd ('constant comparative analysis').<sup>41</sup> Bij het vaststellen van de coderingen (codeboom) hebben we de vragen uit e-mailvragenlijst als leidraad gebruik; coderingen betroffen dus onder meer het gebruik van en de ervaren knelpunten en aangedragen verbeterpunten rondom de SOV.

### **3.5. Stakeholderbevraging – Oriëntatiegesprekken en diepte-interviews met professionele stakeholders**

Door middel van oriëntatiegesprekken en semi-gestructureerde diepte-interviews met een selectie van 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. De gesprekken hadden daarnaast als doel om verdiepende inzichten te verwerven in de ervaringen en opvattingen m.b.t. de SOV en de patiëntenpopulatie voor wie deze bedoeld is. In dit studieonderdeel zijn we dus ingegaan op beide hoofdonderzoeksvragen (**1. Hoe wordt de SOV in de regio Rotterdam-Rijnmond gebruikt en hoe effectief en doelmatig is dit gebruik?**; **2. Welke ervaringen en opvattingen hebben belanghebbenden m.b.t. de SOV?**).

#### **Werving en dataverzameling**

We zijn begonnen met een aantal oriëntatiegesprekken met primaire en/of al bij het project betrokken belanghebbenden (zoals een binnen de projectgroep bekende straatdokter en medewerkers van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerde Zorg), om zodoende andere stakeholders ('stakeholderanalyse') en potentieel relevante databronnen te identificeren. De informatie uit die eerste oriënterende gesprekken is tevens door de projectgroep gebruikt als basis voor het ontwikkelen van de e-mailvragenlijsten en topiclijsten voor de diepte-interviews. Evenzo gaven andere studieonderdelen richting aan de werving (selectie van stakeholders) en bespreekthema's voor de beoogde 10-15 vervolggesprekken, waarbij de inhoud van deze diepte-interviews uiteraard wel werd afgestemd op de rol van de betreffende respondenten. Naar aanleiding van tussentijdse bevindingen is de kwalitatieve dataverzameling soms bijgesteld: wanneer zich uit interviews verdiepingvragen aandienen, hebben we getracht deze mee te nemen in de vervolggesprekken. Tijdens de overleggen met de gemeente is dit steeds besproken en gezamenlijk besloten.

Afhankelijk van de coronamaatregelen en de beschikbaarheid en locatie van de respondenten zijn de oriëntatiegesprekken en interviews fysiek (op locatie van de respondent; soms gekoppeld aan een veldwerkbezoek/ rondleiding), telefonisch of via videobellen gevoerd. Ze duurden ca. 45-60 minuten en zijn met toestemming van de geïnterviewde (informed consent) in audio opgenomen. Relevante passages en quotes zijn verbatim vervolgens uitgeschreven. De oriëntatiegesprekken en interviews hebben gedurende de hele looptijd van het project plaatsgevonden.

#### **Data-analyse**

De verzamelde data werden inductief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse. We hebben hierbij specifiek voortgebouwd op inzichten in hiaten uit eerder verkregen resultaten. Ook schriftelijke en telefonische reacties die werden gegeven in plaats van of in aanvulling op een interview hebben we meegenomen.

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

In aanvulling op de bevraging van professionele stakeholders, wilden we ook de ervaringen van SOV-doelgroep zelf in ons project meenemen, dit temeer omdat dit perspectief in bestaande literatuur (waaronder de landelijke SOV-evaluatie<sup>26</sup>) grotendeels ontbrak. Hiertoe heeft een zesdejaars geneeskundestudent van de Erasmus Universiteit in het kader van het Masteronderzoek Geneeskunde semigestructeerde diepte-interviews gehouden met stakeholders die zelf ervaring hebben met onverzekerd en zorgbehoevend zijn, en op wie de SOV van toepassing is (geweest). In deze diepte-interviews werd met name ingaan op hoofdonderzoeksvraag 2 (**Welke ervaringen en opvattingen hebben belanghebbenden m.b.t. de SOV?**). We hebben hierbij ook breder hebben gekeken naar ervaringen met: het verliezen en ontberen van een zorgverzekering en de oorzaken (meespelende factoren) en gevolgen hiervan; het behoeven en verkrijgen (vragen en ontvangen) van medische zorg ten tijde van onverzekerde en maatschappelijk

ondersteund worden. Verder wilden we te weten komen welke hulpbehoeften de deelnemers hebben (gehad) t.a.v. de medische zorg, een zorgverzekering en overige maatschappelijke ondersteuning. De bevindingen van deze deelstudie zijn verwerkt in een uitgebreid Masteronderzoeksverslag (**‘De toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg en de maatschappelijke ondersteuning voor personen zonder zorgverzekering. – Patiëntenperspectief’**). Een korte samenvatting hiervan is opgenomen in het **‘Resultaten’**-hoofdstuk van de **Evaluatierapportage**.

### **Werving en data-verzameling**

Om voor deelname aan de interviewstudie in aanmerking te komen moesten mensen tot de SOV-doelgroep behoren en dus a) onverzekerd zijn geweest tussen maart 2017 en het moment van deelname aan de studie; b) een medische zorgvraag hebben gehad in de periode zonder zorgverzekering; c) rechtmatig in Nederland verblijven). Daarnaast was het een vereiste dat ze Nederlands of Engels konden spreken. Om tot datasaturatie te komen, streefden we naar een voldoende diverse onderzoekspopulatie (o.a. variatie in leeftijd, geslacht, gezins-, woon- en werksituatie, en het type betrokken medisch specialisten en maatschappelijk hulp- en dienstverleners). Potentiële deelnemers werden benaderd en over het onderzoek geïnformeerd door vier straatdokters, één verpleegkundig specialist en één maatschappelijk werker van de volgende zes maatschappelijke opvangorganisaties in Rotterdam: Centrum Voor Dienstverlening (CVD) Havenzicht, de Pauluskerk, de Nico Adriaans Stichting (NAS), House of Hope en het Leger des Heils (LdH), locaties Lange Hilleweg en William Booth-huis. Als een potentiële deelnemer hierbij aangaf bereid te zijn om aan een interview mee te werken, werden zijn/ haar contactgegevens (naam en telefoonnummer) geregistreerd en doorgegeven aan het onderzoeksteam. Een onderzoeker (de geneeskundestudent) nam vervolgens telefonisch contact op met de betreffende persoon om hem/ haar te voorzien van aanvullende informatie over het onderzoek en de gelegenheid te geven om vragen te stellen. Indien de kandidaat hierna nog steeds bereid was te participeren, werd er een afspraak gepland voor het interview.

De interviews werden gehouden aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (inzage op aanvraag). Deze topiclijst werd door de projectgroep ontwikkeld in samenwerking met een straatdokter, zodat diens ervaringen en expertise omtrent de communicatie met en de zorg voor de SOV-doelgroep konden worden meegenomen. De topiclijst bestaat de volgende vier hoofdonderwerpen: het behoeven en verkrijgen van medische zorg, de SOV, het verliezen en verkrijgen van een zorgverzekering, en achtergrondkenmerken van de deelnemer.

De interviews duurden gemiddeld 60 minuten en vonden in persoon plaats in een afgesloten ruimte bij een van de voornoemde maatschappelijke opvangorganisaties. Aan het begin van het interview ondertekende elke deelnemer een toestemmingsformulier, waarbij hij/zij ook toestemming gaf voor een audio-opname van het gesprek. De interviews zijn verbatim getranscribeerd en geanonimiseerd. Ze vonden plaats van augustus 2022 tot en met september 2022, totdat data-saturatie werd bereikt.

### **Data-analyse**

Dataverzameling en data-analyse vormden een iteratief proces, waardoor de dataverzameling op basis van eerder gedane interviews bijgestuurd kon worden en de eerder benoemde data-saturatie verkregen werd. Ook deze kwalitatieve data werden inductief geanalyseerd volgens de principes van thematische analyse. Bij het vormen van de thema's werd weer gekeken naar zowel de verbanden binnen als die tussen de transcripten.<sup>40,41</sup>

### **3.7. Infographic**

Op basis van alle in bovenstaande deelstudies vergaarde informatie is de route naar medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor zorgbehoevende mensen zonder zorgverzekering publieksvriendelijk weergegeven in een infographic (gecreëerd met hulp van The Online Scientist). Deze infographic beoogt te illustreren waar op de route zich knelpunten voordoen en dus ruimte is voor verbetering.



## Referenties

1. Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie. Artikel 1. New York; 22-07-1946. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBV0005804/2005-09-15>
2. Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Artikel 25. New York; 10 december 1948. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBV0001008/1948-12-10>
3. Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten. Artikel 12. New York; 16 december 1966. Beschikbaar via: [https://wetten.overheid.nl/BWBV0001016/1979-03-11#Verdrag\\_2](https://wetten.overheid.nl/BWBV0001016/1979-03-11#Verdrag_2)
4. De Nederlandse Grondwet. Intergouvernementele Conferentie (IGC) oktober 2003 – juni 2004. Deel II: Het Handvest van Grondrechten van de Unie. Artikel II-35. Beschikbaar via: [https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgm7mnovhrwd/artikel\\_ii\\_35\\_de\\_gezondheidszorg](https://www.denederlandsegrondwet.nl/id/vgm7mnovhrwd/artikel_ii_35_de_gezondheidszorg), <https://wetten.overheid.nl/BWBR0001840/2023-02-22>
5. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het Nederlands Zorgstelsel. Den Haag; januari 2016. Beschikbaar via: <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-5f6ea9d9-c8b5-4f2a-903b-1732d9579578/pdf>
6. Wet publieke gezondheid. Beschikbaar via: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2022-10-10>
7. Rijksoverheid. Hoe is de zorgverzekering in Nederland geregeld? [Internet.] Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
8. Rijksoverheid. Verplichte zorgverzekering afsluiten [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/wetten-en-regelingen/productbeschrijvingen/verzekeringsplicht-zorgverzekering> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
9. Zorginstituut Nederland. Hoe werkt de Zorgverzekeringwet? [Internet.] Beschikbaar via: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringwet> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
10. Zorgverzekeringlijn. Zorgverzekering [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.zorgverzekeringlijn.nl/jouw-situatie/zorgverzekering/> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
11. Rijksoverheid. Voor welke sociale verzekeringen ben ik verplicht verzekerd? [Internet.] Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/algemene-ouderdomswet-aow/vraag->

[en-antwoord/voor-welke-sociale-verzekeringen-ben-ik-verplicht-verzekerd#:~:text=Iedereen%20in%20Nederland%20is%20verplicht,de%20sociale%20verzekeringen%20van%20Nederland](#) [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].

11. Rijksoverheid. Wanneer moet ik de verplichte zorgverzekering afsluiten als ik uit het buitenland kom? [Internet.] Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wanneer-moet-ik-de-verplichte-zorgverzekering-afsluiten-als-ik-uit-het-buitenland-kom> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].

12. Rijksoverheid. Wat gebeurt er met mijn zorgverzekering als ik in de gevangenis zit? [Internet.] Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-gebeurt-er-met-mijn-zorgverzekering-als-ik-in-de-gevangenis-zit> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].

13. Sociale verzekeringsbank (SVB). Wet langdurige zorg (Wlz). Beschikbaar via: <https://www.svb.nl/nl/wlz/>

14. Interviews met twee zorgverzekeraars (in het kader van dit evaluatieonderzoek).

15. Zorgverzekeringslijn. Nieuws – Beëindiging van de zorgverzekering bij onduidelijkheid over verzekeringsplicht [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.zorgverzekeringslijn.nl/nieuws/beeindiging-van-de-zorgverzekering-bij-onduidelijkheid-over-verzekeringsplicht/#:~:text=Een%20zorgverzekeraar%20mag%20iemand%20niet%20verzekeren%20als%20die%20niet%20verzekeringsplichtig%20is.&text=Een%20zorgverzekeraar%20heeft%20de%20taak,onderzoek%20doen%20naar%20de%20verzekeringsplicht>. [Geraadpleegd op 5 december 2022].

16. Tweede Kamer der Staten-Generaal. Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en enige andere wetten in verband met het controleren van de verzekeringsplicht voor de zorgverzekering en het regelen van de verwerking van gepseudonimiseerde persoonsgegevens door onze Minister voor Medische Zorg, het Zorginstituut Nederland en het RIVM. Kamerstuk 35044 nr. 3. 26 september 2019. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35044-3.html>

17. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de Sociale Verzekeringsbank, het CAK, de Nederlandse Zorgautoriteit en Zorgverzekeraars Nederland. Richtlijn toepassing gerede 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.

18. 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>

19. Interviews met CAK (woordvoerders SOV, Regeling onverzekerden; in het kader van dit evaluatieonderzoek).

20. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Behandelingsovereenkomst (WGBO). 10 februari 2021 [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.knmg.nl/advies-richtlijnen/dossiers/behandelingsovereenkomst-wgbo> [Geraadpleegd op 6 januari 2023].

21. 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>

22. 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].

23. CGMV vakorganisatie voor christenen, CNV Zorg & Welzijn, FNV Zorg & Welzijn, HCF, NU'91, RMU Sector Gezondheidszorg en Welzijn 'Het Richtsnoer', V&VN. Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden. Leidraad voor je handelen als professional. ISBN-EAN 978-90-78995-34-0. Januari 2015. Beschikbaar via: <https://www.venvn.nl/media/04200a1u/de-nationale-beroepscode-voor-verpleegkundigen-en-verzorgenden.pdf> [Geraadpleegd op 6 januari 2023].

24. 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>

25. 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].

26. 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>

27. Informatie uit een aantal diepte-interviews (stakeholderbevraging) en reeds bestaande (grijze) literatuur in het kader van dit evaluatieonderzoek, o.a.: interviews met CAK, VWS, GGD GHOR en Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam, notulen en stukken van ‘Werkgroep Onverzekerden’ Rotterdam-Rijnmond (met vertegenwoordigers van gemeente, contactpersonen onverzekerden van SRZ-ziekenhuizen, straatdokters) en Werkinstructie Gemeentelijk Meldpunt Onverzekerden (vastgesteld op: 31-3-2021; Ingangsdatum: 1-4-2021; versienummer 012021).
28. 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>
29. 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>
30. 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>
31. Tweede Kamer der Staten-Generaal. BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT. Kamerstuk 29689, nr. 1128. 11 oktober 2021. Beschikbaar via: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29689-1128.pdf>
32. Centraal Administratie Kantoor. Regeling onverzekerbare vreemdelingen [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/zakelijk/regelingen/onverzekerbare-vreemdelingen> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
33. Regeling Medische zorg Oekraïne: Informatie voor Zorgverleners – RMOekraïne [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.rmoekraïne.nl/Zorgverleners> [Geraadpleegd op 5 december 2022].
34. RMA Healthcare. Regeling Medische zorg Asielzoekers [Internet]. <https://www.rmasielzoekers.nl/> [Geraadpleegd op 5 december 2022].
35. Centraal Administratie Kantoor. Regeling gemoedsbezwaarden [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/regelingen/gemoedsbezwaarden> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].

36. Centraal Administratie Kantoor. Regeling wanbetalers [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/regelingen/wanbetalers> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
37. Centraal Administratie Kantoor. Regeling onverzekerden [Internet]. Beschikbaar via: <https://www.hetcak.nl/regelingen/regeling-onverzekerden> [Geraadpleegd op verschillende momenten in 2022 en 2023].
38. O’Cathain A, Murphy E, Nicholl J. Three techniques for integrating data in mixed methods studies. *Bmj* 2010; 341:c4587. doi: 10.1136/bmj.c4587
39. DAMA UK Working Group on “Data Quality Dimensions”. The Six Primary Dimensions For Data Quality Assessment. Defining Data Quality Dimensions. DAMA International 2013. Beschikbaar via: <https://www.sbctc.edu/resources/documents/colleges-staff/commissions-councils/dgc/data-quality-deminsions.pdf>
40. Boeije H. *Analysis in Qualitative Research*. Amsterdam: Boom; 2014.
41. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006; 3: 77–101.