



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)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

Besluit:

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *verzekeringsplichtige*: degene die op grond van artikel 2 van de Zorgverzekeringswet verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren.

Artikel 2

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

Artikel 3

1. De minister kan subsidie verstrekken aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde verzekeringsplichtige.
2. Onder medisch noodzakelijke zorg wordt verstaan zorg of overige diensten als bedoeld in artikel 11 van de Zorgverzekeringswet met uitzondering van krachtens die wet uitgesloten vormen van zorg of diensten, en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de zorg, medisch noodzakelijk acht.
3. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt voor zover zorgaanbieders als gevolg van het verlenen van die zorg inkomsten derven.
4. Geen subsidie wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg:
 - a. op de onverzekerde persoon kunnen worden verhaald,
 - b. op grond van een andere wettelijke regeling kunnen worden vergoed of
 - c. hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.
5. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt indien de zorgaanbieder van het verlenen van zorg aan een onverzekerde binnen 24 uur volgende op de dag dat de zorg is verleend melding heeft gedaan aan de gemeentelijke geneeskundige dienst in de regio van de zorgaanbieder.
6. Voor de melding wordt een door de minister vastgesteld formulier gebruikt.
7. Subsidie wordt uitsluitend verstrekt indien de zorgaanbieder met de Staat een overeenkomst sluit waarbij de Staat hem belast met en hij zich verplicht tot het verrichten van de dienst van algemeen economisch belang, bedoeld in artikel 4.

Artikel 4

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



Artikel 5

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

Artikel 6

1. De subsidie wordt op aanvraag verstrekt.
2. De subsidie wordt niet verstrekt voorafgaand aan de periode waarvoor de subsidie wordt aangevraagd.
3. De subsidie wordt, tenzij sprake is van zorg die op basis van een diagnose-behandelcombinatie wordt verleend, per kwartaal verstrekt. De subsidietijdvakken lopen van:
 - a. 1 maart 2017 tot en met 31 maart 2017;
 - b. 1 januari tot en met 31 maart, 1 april tot en met 30 juni, 1 juli tot en met 30 september en 1 oktober tot en met 31 december van enig jaar.
4. De aanvraag wordt ingediend uiterlijk drie maanden na afloop van het kwartaal waarin de medisch noodzakelijke zorg is verleend dan wel indien het gaat om zorg die verleend is in een ziekenhuis of een ggz-instelling uiterlijk drie maanden na afloop van het kwartaal waarin de desbetreffende diagnose-behandelcombinatie is gesloten.
5. Voor de aanvraag wordt een door de minister vastgesteld formulier gebruikt.
6. Bij de aanvraag worden de volgende gegevens verstrekt:
 - a. de beschrijving van de aan de onverzekerde persoon geleverde zorg;
 - b. het voor de verleende zorg in rekening gebrachte tarief;
 - c. de in verband met het in rekening gebrachte tarief ontvangen betalingen of vergoedingen van de onverzekerde persoon of derden;
 - d. naam, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en burgerservicenummer van de onverzekerde persoon;
 - e. de datum van de verleende zorg en – indien er sprake is van een diagnose-behandelcombinatie – de datum van opening en sluiting ervan;
 - f. de datum van de melding aan de gemeentelijke geneeskundige dienst.
7. De aanvraag wordt ondertekend door de aanvrager of door een persoon die bevoegd is de aanvrager te vertegenwoordigen.

Artikel 7

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

Artikel 8

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

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

Artikel 9

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 maart 2017 en vervalt met ingang van 1 maart 2022.

Artikel 10

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



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

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*



TOELICHTING

Algemeen

Deze regeling voorziet in de subsidiëring van zorgaanbieders die inkomsten derven als gevolg van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen. De regeling maakt als zodanig deel uit van het plan van aanpak voor verwarde personen waarover het kabinet op 2 mei 2016 een brief aan de Tweede Kamer heeft gezonden¹. In deze brief is geconstateerd dat het feit dat een deel van deze kwetsbare groep mensen onverzekerd is problemen oplevert voor de toegang tot de zorg. Mensen zijn onverzekerd omdat ze zich niet willen verzekeren, uit onbekendheid, omdat ze het vergeten zijn of omdat ze het niet begrijpen en niet of onvoldoende in staat zijn zelf de stappen te zetten die nodig zijn om een zorgverzekering af te sluiten. Toegang tot de zorg en continuïteit van zorg zijn echter essentieel en het hebben van een zorgverzekering is daarvoor een noodzakelijke randvoorwaarde.

Onverzekerde personen kunnen een belemmering vormen om aan een onverzekerde medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Straatdokter, apotheker, huisarts en andere zorgaanbieders verlenen deze zorg thans om niet of ontvangen een vergoeding van derden. De kosten van de zorg worden niet vergoed en komen – omdat de onverzekerde meestal geen eigen financiële middelen heeft – aldus voor rekening van de zorgaanbieder zelf. Bij tweedelijnszorg (ziekenhuizen en ggz-instellingen) kan het gaan om aanzienlijke bedragen.

Teneinde financiële belemmeringen om medisch noodzakelijke zorg te verlenen weg te nemen, is besloten een financieringsmogelijkheid te creëren voor verleende zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtige personen, voor het merendeel verwarde personen en dak- en thuislozen, in de vorm van een (tijdelijke) subsidieregeling.

De subsidieregeling komt voor een groot deel overeen met de wettelijke regeling die geldt voor de financiering van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a van de Zorgverzekeringswet (Zvw)). De subsidieregeling vertoont immers naar haar aard grote gelijkenis met die regeling, zij het dat het een andere groep van onverzekerde personen betreft.

Deze subsidieregeling is bedoeld als een noodmaatregel (overgangsmaatregel). De huidige wetgeving voorziet niet in financiering van onverzekerde zorg met terugwerkende kracht en een wetwijziging zou geruime tijd vergen. Gelet op de problematiek acht ik het gewenst dat thans voorzien wordt in een oplossing. Bezien zal worden op welke wijze een dergelijke financiering in de toekomst wettelijk verankerd kan worden.

Mandaat

De subsidieregeling wordt uitgevoerd door het CAK. Onderbrenging van de uitvoering bij het CAK ligt voor de hand omdat ook de uitvoering van de vergelijkbare regeling van artikel 122a van de Zvw door het CAK zal worden uitgevoerd. Deze taak ligt thans nog bij het Zorginstituut Nederland maar wordt na inwerkingtreding van de Wet van 8 april 2016 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut Nederland naar het CAK² uitgevoerd door het CAK. Het CAK zal de regeling namens de Minister van VWS in mandaat uitvoeren.

Dienst van algemeen economisch belang

Zoals hiervoor geschetst zal de medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in deze regeling niet toereikend door 'de markt' uitgevoerd worden. Dit gegeven vormt de basis voor de onderhavige subsidieregeling, waarbij zorgaanbieders financieel ondersteund worden. Zorgaanbieders zijn te beschouwen als ondernemingen. Indien zij financiële steun ontvangen van de overheid kan sprake zijn van staatssteun. Onderzocht is of dit het geval is. Een van de criteria waaraan getoetst dient te worden, is of de maatregel, in casu de onderhavige subsidieregeling, de mededinging (in potentie) vervalst en (dreigt) te leiden tot een ongunstige beïnvloeding van het handelsverkeer in de EU. De conclusie kan getrokken worden dat de onderhavige subsidie onder bepaalde omstandigheden valt aan te merken als staatssteun in de zin van artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU).

Niet altijd zal sprake zijn van beïnvloeding van het handelsverkeer tussen de lidstaten van de EU die een vervalsing van de mededinging tot gevolg zou kunnen hebben. Ontbreekt dit element dan kwalificeert de subsidie niet tot staatssteun.

¹ Brief inzake 'Reactie tussenrapportage aanjaagteam verwarde personen' d.d. 2 mei 2016, kenmerk 962729-149896-CZ.

² Staatsblad 2016, nr. 173



Gaat het om zorgactiviteiten met een zuiver lokaal karakter dan is beïnvloeding van het handelsverkeer niet aan de orde. Kleinere zorgaanbieders zoals huisartsen, kleine apotheken en kleine zorginstellingen zullen over het algemeen in de categorie 'zuiver lokale activiteiten' vallen. Subsidie aan die partijen zal, zo valt op te maken uit de beschikkingenpraktijk van de Europese Commissie, onder die omstandigheden geen staatssteun vormen. Of inderdaad gesproken kan worden van activiteiten met een zuiver lokaal wordt beoordeeld aan de hand van de volgende vragen.

- Gaat het om standaard zorg en niet om specialistische zorg in een internationaal hoog aangeschreven instelling?
- Is de capaciteit van de zorginstelling met name gericht op de lokale bevolking en niet op patiënten uit andere lidstaten?
- Is de hoeveelheid buitenlandse patiënten die de instelling bezoekt gering?
- Is de hoeveelheid grensoverschrijdende investeringen in de zorginstellingen in de regio gering?
- Is de in de instellingen gehanteerde taal altijd Nederlands?

Wanneer alle vragen met 'ja' worden beantwoord, dan zal sprake zijn van zuiver lokale activiteiten en geen sprake van beïnvloeding van het interstatelijke handelsverkeer. Subsidie aan grotere zorgaanbieders behelst daarentegen waarschijnlijk wel staatssteun. Hierbij moet worden gedacht aan ziekenhuizen, ggz-instellingen en grotere apotheken.

Gelet op het feit dat het verlenen van medisch noodzakelijke zorg als bedoeld in deze regeling niet toereikend door 'de markt' uitgevoerd wordt en gelet op de wens om de in de inleiding van deze toelichting geschetste ongewenste effecten tegen te gaan, is het van belang deze activiteiten aan te wijzen als een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Artikel 4 strekt daartoe.

In geval sprake is van (mogelijke) staatssteun betekent dit dat de desbetreffende zorgaanbieder bij de eerste subsidieverstrekking belast wordt tot het verrichten van deze DAEB gedurende de looptijd van de subsidieregeling, waarmee in een dergelijk geval en indien voldaan wordt aan de eisen van het Vrijstellingsbesluit DAEB (2012/21/EU) geen sprake is van ongeoorloofde staatssteun.

Subsidieaanvragers sluiten een daartoe strekkende overeenkomst met de Staat.

Of er daadwerkelijk sprake is van (ongeoorloofde) staatssteun is een kwestie die in principe van geval tot geval beoordeeld moet worden. Niet elke huisarts of kleine apotheek zal op de bovengenoemde vragen positief scoren en omgekeerd kan ook niet met zekerheid gesteld worden dat subsidie aan elk ziekenhuis kwalificeert als staatssteun. Vanuit oogpunt van uitvoerbaarheid van de regeling wordt het niet wenselijk geacht om dit per individuele zorgaanbieder te onderzoeken en aan de hand daarvan te beoordelen wanneer precies wel of niet een overeenkomst tot het verrichten van de DAEB noodzakelijk is. Daarom wordt er voor gekozen om zekerheidshalve iedere subsidieaanvragers via een overeenkomst te belasten met de DAEB. Daarmee worden wellicht meer subsidieontvangende zorgaanbieders belast met de DAEB dan strikt noodzakelijk maar daarmee is dan wel zeker gesteld dat in geen geval sprake is van ongeoorloofde staatssteun.

Voor de overeenkomst zal gebruik worden gemaakt van een model dat kan worden gedownload van de website van het CAK zodat de administratieve last tot een minimum is beperkt.

Uitvoeringstoets door het CAK

Het CAK is de beoogde uitvoerder van deze regeling en heeft op 14 juli 2016 een uitvoeringstoets uitgebracht, die nadien op onderdelen is aangepast. Het CAK is in staat de regeling met ingang van 1 maart 2017 uit te voeren.

Fraudetoets

Naast een risicoanalyse is een fraudetoets voor deze regeling gemaakt en voorgelegd aan het CAK. In de door het CAK opgestelde uitvoeringstoets heeft het CAK in paragraaf 9 daarvan de risico's van de regeling in beeld gebracht. De risico's en de mitigerende maatregelen die het CAK aanwezig acht zijn – voor zover mogelijk en voor zover juridisch haalbaar – verwerkt in de fraudetoets.

Uit de fraudetoets komt naar voren dat een groot deel van de aan de regeling verbonden frauderisico's door controle op gegevens van de zorgaanbieder, door de in de regeling opgenomen meldingsplicht, door profiling (profielsamenstelling en statistische bewerking) van in het kader van deze regeling verkregen gegevens, door de bij de aanvraag te overleggen verklaring alsmede door de vaststelling van de verzekeringsplicht, naar een aanvaardbaar niveau kan worden teruggebracht. Het CAK zal monitoren of de genoemde risico's zich ook voordoen en in welke mate.

Gevolgen voor regeldruk

Om subsidie voor zorg aan onverzekerden te krijgen moet een zorgaanbieder een aanvraagformulier indienen en een declaratieformulier invullen. Beide formulieren zijn voorgedrukt. Op het declaratiefor-



mulier moeten gegevens van de zorgaanbieder en over de geleverde zorg worden ingevuld, alsmede (persoons)gegevens van de patiënt (1). De zorgaanbieder dient voor het verstrekken van persoonsgegevens toestemming te vragen aan betrokkene (2).

De declaraties moeten gebundeld worden ingestuurd aan het CAK (5).

De zorgaanbieder moet melding doen (4) aan de gemeentelijke geneeskundige dienst (GGD) en daarbij enige zorginhoudelijke gegevens, alsmede (persoons)gegevens van de patiënt invullen (3).

De GGD moet de melding verwerken (voor evt. vervolgzorg) (6) en daarnaast een (ander) gemeentelijk loket informeren dat aan persoon x zorg is verleend en vervolghulp nodig is (6). Omdat de melding een voorwaarde voor het verkrijgen van subsidie is, doet het CAK ter controle navraag doen bij de GGD'en (8).

Daarnaast dient de GGD te monitoren en verslaglegging te doen (7).

Uitgaande van 6.250 personen op jaarbasis (dit betreft het geraamde aantal personen; het aantal declaraties kan groter zijn wanneer er meerdere declaraties per persoon gedaan worden) betekent dit qua regeldruk het volgende:

Taak	uitgevoerd door	tarief p/u ¹	eenheid	kosten	totaal
1. invullen declaratie	zorgaanbieder	€ 75	10 min	€ 12,50	€ 78.000
2. verkrijgen toestemming	zorgaanbieder	€ 75	10 min	€ 12,50	€ 78.000
3. invullen gegevens GGD	zorgaanbieder	€ 75	10 min	€ 12,50	€ 78.000
4. melding GGD (email)	zorgaanbieder	€ 75	3 min	€ 3,75	€ 23.500
5. versturen aan CAK	verpleegkundige	€ 48	3 min	€ 2,40	€ 7.500 ²
totaal 1-5					€ 265.000
6. verwerking melding door GGD+melding gemeente	GGD		10 min	€ 8,50	€ 54.000
7. monitoring door GGD	25 GGD'en		400 uur	€ 8,50	€ 20.000
8. Controle melding door CAK	GGD		10 min	€ 8,50	€ 54.000
totaal 6-8					€ 128.000

¹ Uit: *Handboek meting regeldruk; Bedrijfsleven: bruto uurlonen en interne uurtarieven in euro's naar beroepsgroep, 2012. Gegevens GGD: GGD GHOR Nederland.*

² Omdat declaraties gebundeld worden is het aantal 'versturen aan CAK' gehalveerd. Alle bedragen zijn afgerond naar boven.

De verplichtingen van deze subsidie leiden tot een geschatte toename van eenmalige administratieve lasten van € 265.000 op jaarbasis voor zorgaanbieders en € 128.000 voor GGD'en.

Artikelsgewijs

Artikel 2

Toepassing van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (Kaderregeling) is in artikel 2 uitgesloten. Het merendeel van de standaardbepalingen uit die regeling is moeilijk hanteerbaar bij de subsidieverstrekking op basis van onderhavige subsidieregeling. Subsidiëring verloopt op declaratie-basis.

De subsidieverstrekking geschiedt na afloop van de subsidiabele activiteiten (de zorgverlening). De subsidie kan daardoor zonder voorafgaande verlening direct worden vastgesteld. Het doorsnee subsidieproces van aanvraag, verlening, bevoorschotting en vaststelling past hier niet bij. Het arrangement bedoeld in artikel 1.5, onder a, onder 1° zou eventueel toepasbaar indien de subsidie minder bedraagt dan € 25.000. Aangenomen moet worden dat de bedragen in voorkomende gevallen ook (veel) hoger kunnen liggen. Dit is uiteraard afhankelijk van de zorg die verleend is. Ook is het gewenst andere aanvraagtermijnen te hanteren.

Tot slot wijkt deze regeling ook af van artikel 10.1 van de Kaderregeling die verstrekking van subsidies van minder dan € 125.000 uitsluit.

Artikel 3, eerste lid

In het eerste lid van artikel 3 is de doelgroep voor deze subsidieregeling omschreven. De subsidiëring betreft medisch noodzakelijke zorg die geleverd wordt aan een onverzekerde verzekeringsplichtige. Uit informatie van de Nederlandse Straatdokers Groep, GGD GHOR Nederland, Federatie Opvang en het Leger des Heils is weliswaar naar voren gekomen dat in de regel de tot de doelgroep behorende personen bekend zijn bij straatdokers, GGD-artsen of hulpverleners, maar dit neemt niet weg dat het voor zorgverleners moeilijk vast te stellen is of het inderdaad om een persoon uit die doelgroep gaat. Het gaat doorgaans om kwetsbare groepen mensen, waaronder verwarde personen en dak- en thuislozen.



Een goede juridische afbakening van wat een verwarde persoon is, is niet mogelijk en zou naar verwachting ook uitvoeringstechnisch tot problemen kunnen leiden.

Voor aanspraak op een subsidie zou de beoordeling en controle of aan de omschrijving van verwarde persoon – zo deze al afdoende te definiëren valt – wordt voldaan, niet eenvoudig zijn en mogelijk tot (on)rechtmatigheidsproblemen kunnen leiden. Om die reden strekt de regeling zich uit tot vergoeding van zorg aan een onverzekerde persoon. Wel geldt daarbij als belangrijke eis dat het moet gaan om zorg aan een onverzekerde die (tevens) verzekeringsplichtig is.

Verzekeringsplichtigen zijn mensen die *verzekerd* zijn ingevolge de Wet langdurige zorg (Wlz) en daarmee *verzekeringsplichtig* zijn voor de Zvw.

Dit zijn – in beginsel – mensen die rechtmatig in Nederland verblijven, ingezetene zijn van Nederland en naar de omstandigheden beoordeeld in Nederland wonen of – als ze geen ingezetene zijn (en formeel in het buitenland wonen) – in Nederland werken³, hoewel dit laatste bij de groep verwarde personen naar verwachting niet vaak zal voorkomen. Een persoon die hier als werknemer of als zelfstandige arbeid verricht maar geen ingezetene is in de zin van de Wlz, is dus verzekeringsplichtig op grond van deze arbeid; hij *woont* hier niet in de zin van de wet, maar *verblijft* hier.

Of er sprake is van verzekering ingevolge de Wlz en daarmee verzekeringsplicht ingevolge de Zvw, wordt door de Sociale Verzekeringsbank (SVB) vastgesteld. Voor de vraag of een persoon op grond van ingezetenschap is verzekerd is registratie op een woon- of briefadres in de Basisregistratie Personen (BRP) van belang. Hoewel dit gegeven op zichzelf één van de criteria is waarmee de SVB de verzekeringsgrondslag toetst, is inschrijving op een adres ingevolge artikel 4a van de Zvw een belangrijke voorwaarde om een verzekering te kunnen sluiten. Een inschrijving in de BRP is voor een zorgverzekeraar daarmee de belangrijkste indicatie voor verzekering op grond van ingezetenschap en daarmee voor de verzekeringsplicht ingevolge de Zvw.

Een zorgaanbieder zal bij het verlenen van de zorg niet kunnen vaststellen of iemand verzekeringsplichtig is. Wel zal hij in voorkomende gevallen kunnen inschatten of er sprake is van iemand die zich mogelijk kan verzekeren. Zoals hierboven is vermeld, is van de primaire doelgroep bij zorgaanbieders vaak wel de achtergrond van deze personen bekend.

Het is dan niet onwaarschijnlijk dat iemand van wie bekend is dat hij al een aantal jaren in een gemeente rondloopt, ook verzekeringsplichtig is.

De regeling is niet bedoeld voor personen die niet onder de verzekeringsplicht van de Zvw vallen en die zonder een deugdelijke ziektekostenverzekering in Nederland verblijven. In voorkomende gevallen dat iemand niet verzekerd is tegen ziektekosten en tijdens dit verblijf zorg nodig heeft wordt medisch noodzakelijke zorg en spoedeisende zorg weliswaar verleend, maar deze zorg komt dan niet voor vergoeding in aanmerking.

Een deel van de doelgroep bestaat aldus uit ingezetenen die zorg mijden en om die reden de verzekeringsplicht ontduiken, een deel bestaat ook uit onderdanen van andere lidstaten van de Europese Unie die verzekeringsplichtig zijn, hier wonen of werken, maar zich niet hebben verzekerd. Door de regeling te beperken tot zorg aan onverzekerde verzekeringsplichtigen – en daarmee een afbakening in de aanspraken van zorgaanbieders aan te brengen – wordt voorkomen dat deze regeling een aanzuigende werking heeft op zorgzoekers uit andere landen die zich met het oog op 'gratis' zorggebruik naar Nederland zouden begeven. Openstellen van de subsidieregeling voor andere, ook niet-verzekeringsplichtige, onverzekerden zou een dergelijk ongewenst effect tot gevolg kunnen hebben. Daarmee zou de regeling zijn doel voorbij schieten en mogelijk financieel onhoudbaar worden.

Het neveneffect van deze beperking is dat er minder risico bestaat op fraude of oneigenlijk gebruik omdat het bestaan van een verzekeringsplicht controleerbaar is en door onverzekerden en zorgaanbieders niet kan worden beïnvloed. Het CAK zal ter controle van de verzekeringsplicht bij de de SVB navragen of een onverzekerde op de datum dat de zorg werd verleend verzekerd was ingevolge de Wlz.

Artikel 3, tweede lid

Verstrekking van een subsidie is aan de orde als het gaat om medisch noodzakelijke zorg. Of de te verlenen zorg ook werkelijk medisch noodzakelijke zorg is, is ter beslissing aan de arts. In de meest voorkomende situaties zal het de straatdokter of een GGD-arts zijn die vaststelt welke zorg noodzakelijk is, of medicijnen moeten worden voorgeschreven, of verwijzing naar een andere eerstelijnszorgaanbieder nodig is dan wel of een verwijzing naar tweedelijnszorg (ziekenhuiszorg) geboden is. In het geval dat een persoon bij de spoedeisende eerste hulp of bij crisisopvang terecht komt staat het aan

³ Op grond van Europese regelgeving is ook een zelfstandige die in Nederland arbeid verricht onderworpen aan de Nederlandse wetgeving, en dus verzekeringsplichtig. Daarnaast bestaat op de genoemde twee hoofdregels een groot aantal uitbreidingen en beperkingen.



de medisch specialist ter beoordeling of sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Met de zinsnede 'met uitzondering van krachtens die wet uitgesloten vormen van zorg of diensten' wordt bedoeld op zorg en diensten als genoemd in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering. Uitgesloten zijn bijvoorbeeld in-vitro fertilisatie, buikliposuctie, circumcisie of hulp bij werk- en relatieproblemen.

Artikel 3, derde en vierde lid

Een zorgaanbieder heeft slechts recht op een subsidie voor zover de onverzekerde de rekening van de zorgaanbieder niet heeft betaald of niet kan betalen. De zorgaanbieder krijgt ook geen subsidie voor de door hem geleverde zorg voor zover de onverzekerde een (andere) verzekering heeft die de kosten dekt of Zvw-verzekerd is. Zorgaanbieders kunnen dit aan de patiënt vragen maar kunnen dit – behalve bij een Nederlandse zorgverzekering⁴ – niet controleren.

Voorts wordt geen subsidie verstrekt voor zover de rekening op grond van een andere, wettelijke voorziening kan worden betaald.

Ten slotte geldt dat het deel van de rekening, dat hoger is dan wat in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is, buiten beschouwing blijft en niet subsidiabel is gesteld. Wat dit betreft is aangesloten bij de formulering in artikel 2.2, tweede lid, onderdeel b van het Besluit zorgverzekering. Op grond van dat artikel hoeft een zorgverzekeraar verzekerden met een restitutie zorgverzekering dat deel van de zorgkosten, dat hoger is dan wat in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is, niet te vergoeden. Aldus wordt voorkomen dat voor zorg of diensten waarvoor geen tarief meer geldt, bijdragen kunnen worden gevraagd in kosten die hoger zijn dan wat in de Nederlandse marktomstandigheden gebruikelijk is.

Artikel 3, vijfde lid

Zorgaanbieders kunnen uitsluitend in aanmerking komen voor een subsidie indien zij bij de regionale GGD waaronder zij ressorteren hebben gemeld dat zorg is verleend. De melding geschiedt via de in desbetreffende regio overeengekomen wijze via een beveiligde e-mailomgeving en dient binnen de gestelde termijn van 24 uur te rekenen vanaf de dag dat de zorg is verleend, te worden gedaan. Indien de zorg is verleend op bijvoorbeeld 26 oktober om 16.15 uur, dient uiterlijk op 27 oktober vóór 24.00 uur de melding aan de GGD te zijn gedaan. Deze termijn biedt voldoende ruimte aan de zorgaanbieder om niet direct de administratieve verplichtingen te hoeven uitvoeren en is nog kort genoeg om eventuele vervolgzorg en/of andere vervolgacties te kunnen initiëren.

De meldingsplicht is opgenomen om het risico van oneigenlijk gebruik van de subsidieregeling te verkleinen. De melding maakt controle mogelijk en maakt inzichtelijk en controleerbaar of, en zo ja, welke zorg verleend is. Een en ander neemt niet weg dat een melding weliswaar de kans op oneigenlijk gebruik of fraude verkleint, maar dit niet geheel zal kunnen voorkomen.

Voor de melding dient een in overleg met GGD GHOR Nederland vastgesteld formulier te worden gebruikt. Dit formulier is downloadbaar ter beschikking gesteld op de website van het CAK.

Een belangrijk aspect van de melding is dat hierdoor de mogelijkheid gecreëerd wordt een vervolgtraject in te zetten. Zoals in de kabinetsbrief van 2 mei 2016 is toegelicht, is deze regeling ondersteunend aan de integrale aanpak van verwarde personen. Door de melding aan de GGD, die – meestal via een gemeenschappelijke regeling – is gelieerd aan diverse gemeenten kan een gemeente door de GGD worden geïnformeerd dat aan een onverzekerde persoon zorg is verleend. Gemeenten hebben een rol in de toeleiding naar een zorgverzekering. Het is de bedoeling dat de gemeente vervolgens stappen zet om de onverzekerde personen te helpen zich te verzekeren, zo nodig in samenwerking met maatschappelijke organisaties die in hun dagelijks werk reeds bemoeienis hebben met deze mensen. Als iemand geen vaste woon- of verblijfplaats heeft kunnen gemeenten een briefadres verstrekken en indien nodig aanvullende voorzieningen aanbieden, zoals een uitkering, schuldhulpverlening en ondersteuning bij het zoeken naar werk of een woning. Bedoeling is dat mensen zo goed mogelijk geholpen worden zich te verzekeren en dat zoveel mogelijk oorzaken of redenen om dit niet te doen worden weggenomen. Van de gemeenten wordt verwacht dat zij in contacten met hun burgers navraag doen naar de status van hun zorgverzekering. Als ze ingezetene zijn en er is sprake van onverzekerde, dan zal de gemeente proberen de onverzekerde actief te bewegen tot het afsluiten van een zorgverzekering. Het is van belang om deze persoon in te schrijven of te doen inschrijven als verzekerde, zodat eventuele vervolgzorg voor deze persoon ten laste van diens zorgverzekering komt en niet meer hoeft te worden vergoed uit de subsidieregeling.

Door de meldingsplicht is het ook mogelijk verwarde personen die zorg mijden te helpen. Als zij bij de crisisdienst belanden, maar niet onder wet BOPZ vallen en behandeling weigeren, gaan zij weer terug

⁴ Elke zorgaanbieder kan met VECOZO (het communicatiepunt voor ketenpartijen in de zorg) via de controle op verzekeringsrecht (COV) nagaan bij welke zorgverzekeraar de patiënt is ingeschreven voor de basisverzekering en/of een aanvullend pakket. Deze gegevens worden beschikbaar gesteld door de zorgverzekeraars.



naar huis. Door de melding aan de GGD komt deze persoon in zicht, kan een zorgverzekering worden gesloten en kan een OGGZ traject opgestart worden.

De wijze waarop dit vervolgetraject wordt vormgegeven is weliswaar geen onderdeel van deze subsidieregeling, maar wordt wel door de meldingsplicht geïnitieerd.

Over de implementatie van de meldingsplicht is overleg gevoerd met GGD GHOR Nederland en de VNG. De melding door de zorgaanbieder is niet wezensvreemd aan de bestaande praktijk van de GGD'en en bevordert dat het beoogde vervolgetraject wordt ingezet.

Voor het melden van verleende zorg aan een onverzekerde bij de lokale GGD is een centraal meldpunt bij GGD GHOR Nederland ingericht. Het melden gebeurt via een beveiligde webapplicatie, via www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl. Via autorisaties is geregeld welke gegevens het CAK en GGD GHOR-NL kunnen inzien.

De zorgverlener doet de zorgmelding en krijgt binnen hetzelfde portaal de mogelijkheid de melding te verrijken met de gegevens die nodig zijn voor het doen van een subsidieaanvraag. Zodoende wordt de zorgverlener ontlast in het zoeken naar de juiste formulieren en het op verschillende momenten invullen van (herhaaldelijk) dezelfde gegevens. GGD-GHOR NL administreert de zorgmelding door middel van een uniek meldingsnummer. Dit nummer wordt in het gehele proces gebruikt. Hiermee is de koppeling tussen zorgverlener, onverzekerde persoon, zorgverrichting en zorgmelding geborgd en vermindert het frauderisico.

De zorgverlener krijgt toegang tot deze webapplicatie via de UZI-pas; voor zorgverleners die niet beschikken over een UZI-pas kan de melding (per fax) met een papieren meldingsformulier gedaan worden. Na ontvangst door de GGD zorgt het systeem ervoor dat een vooringevuld declaratieformulier met een uniek meldingsnummer elektronisch beschikbaar wordt gesteld.

Na de melding krijgt de zorgverlener een e-mail ter bevestiging dat er gemeld is en wordt tegelijkertijd de desbetreffende GGD geattendeerd dat er een melding is binnengekomen. De controle door het CAK of een melding is gedaan vindt centraal plaats. De lokale GGD kan de melding op een beveiligde manier binnenhalen naar de eigen werkomgeving, mede om te bepalen of er vervolgzorg mogelijk en/of nodig is.

Uiterlijk op de tweede dag nadat de zorg geleverd is ligt de melding bij de GGD.

De GGD spreekt met de gemeenten af wie in de (centrum)gemeente met de melding van onverzekerdeheid aan de slag gaat. Dat is ofwel iemand van het sociaal domein van de (centrum)gemeente of het is een onderdeel van de GGD zelf. Deen en ander is afhankelijk van hoe de taken in het sociaal domein in de (centrum)gemeente of de regio zijn georganiseerd. Bij voorkeur gaat het om een team of loket met 24-uurs bereikbaarheid.

Gemeenten kunnen vanaf dat moment hun rol oppakken en de onverzekerde verder helpen. Dit is – afhankelijk van de regio – divers georganiseerd. De gemeente is ervoor verantwoordelijk zo snel mogelijk in contact te treden met de onverzekerde. In de regel zal de gemeente de taak rond onverzekerden delegeren aan een partij zoals de GGD of het sociaal team. Snelheid is van belang omdat de onverzekerde in beeld is op het moment dat hij zorg krijgt. Het is ook van belang snel een zorgverzekering in orde te maken vanwege het risico dat de cliënt noodzakelijke medische vervolgzorg misloopt of dat de kosten hoog oplopen. Daarna wordt bezien wat er verder nodig is in de sfeer van huisvesting, inkomen en maatschappelijke zorg.

Artikel 3, zesde lid

In de regeling is opgenomen dat voor de melding aan de GGD een vastgesteld formulier wordt gebruikt. Het voordeel van een voorgeschreven formulier is eenduidigheid in de verstrekte gegevens. Door gebruik te maken van een voorgeschreven formulier wordt ook het verwerken van de gegevens voor de monitoring vergemakkelijkt. Dit formulier is downloadbaar beschikbaar gesteld op de website van het CAK.

In het kader van het verstrekken van de medisch noodzakelijke hulp zullen de zorgaanbieders moeten beoordelen welke gegevens bij die melding noodzakelijk en wenselijk zijn om verantwoorde zorg te kunnen geven. Dat speelt zich af binnen het zorgdomein. Voor de melding aan de GGD worden de uitgangspunten gehanteerd die in het kader van bemoeizorg voorgeschreven zijn.⁵ Daarin is geregeld welke medische gegevens verstrekt mogen worden. Opgemerkt wordt dat de GGD niet de taak heeft te controleren of een melding op juiste gronden is gebeurd, maar de melding slechts vastlegt met het oog op eventuele vervolgzorg en met het oog op latere controle. Het is het CAK dat bij de ontvangst van een aanvraag controleert of de melding heeft plaatsgevonden.

⁵ Handreiking gegevensuitwisseling in de bemoeizorg (GGD GHOR Nederland, GGZ Nederland, KNMG; september 2014)



Artikel 3, zevende lid

In het algemeen deel van de toelichting is uiteengezet dat zorgaanbieder die subsidie ontvangt, belast moet worden tot het verrichten van DAEB door middel van het sluiten van een overeenkomst. In artikel 3, zevende lid is deze voorwaarde voor het verstrekken van subsidie expliciet verwoord.

Artikel 5

In het algemene deel van de toelichting is uiteengezet dat deze subsidieregeling is bedoeld om te voorkomen dat financiële overwegingen bij een zorgaanbieder ertoe leiden dat noodzakelijke medische zorg aan een onverzekerde wordt onthouden. Bezien vanuit dit doel past een vergoedingsregeling die 100% van de kosten dekt.

Het CAK controleert of een tarief geldt dan wel of de gedeclareerde kosten marktconform zijn. Voor alle zorg geldt dat de subsidie wordt verstrekt voor zover deze kosten niet door de onverzekerde, diens verzekeraar dan wel op grond van een andere wettelijke regeling zijn of kunnen worden betaald of buiten beschouwing moeten blijven omdat zij hoger zijn dan wat in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is.

Uit artikel 3, derde lid, blijkt dat de subsidieregeling beoogt te voorzien in de inkomensderving. De hoogte van de subsidie zal daarom niet hoger zijn dan het bedrag dat de zorgaanbieder op grond van de geldende regelgeving een cliënt in rekening mag brengen⁶.

Artikel 6

De subsidie wordt op aanvraag verstrekt. Gekozen is voor een subsidieverstrekking achteraf ten behoeve van verleende zorg die in een achterliggende periode is verleend. Niet gekozen is voor het meest gangbare subsidiearrangement waarbij voorafgaand aan de periode subsidie wordt aangevraagd en verleend. Het systeem van voorafgaande verlening veronderstelt inzicht in de aard en omvang van de voorgenomen subsidiabele activiteiten. Ten aanzien van de aan de orde zijnde activiteiten ontbreekt de kennis over het aantal daadwerkelijk door een desbetreffende zorgaanbieder te verlenen medische verrichtingen zodat het bedrag van de verlening op basis van inschatting zou moeten plaatsvinden. Met een subsidieverstrekking na afloop wordt dit voorkomen en wordt bereikt dat de subsidieverstrekking aansluit bij de daadwerkelijke subsidiebehoefte. De subsidie kan daarmee dan ook meteen worden vastgesteld omdat op dat moment de voor een vaststelling benodigde informatie voorhanden is.

Teneinde de administratieve lasten te beperken moet de subsidie per kwartaal worden aangevraagd. Dit betekent dat de zorgaanbieder niet per zorgverrichting declareert maar in voorkomende gevallen de declaraties verzamelt en per kwartaal (achteraf) aan het CAK stuurt. Voor het aanvragen van de subsidie dienen het vastgestelde aanvraag- en declaratieformulier te worden gebruikt. Eén aanvraag dient te worden samengevoegd met een of meerdere ingevulde en ondertekende declaraties.

De aanvraag dient binnen drie maanden na afloop van het aan de orde zijnde subsidietijdvak te zijn ingediend. Dit is een fatale termijn. Subsidieaanvragen die later worden ontvangen zullen in verband met overschrijding van de indieningstermijn worden afgewezen. De gestelde termijn van drie maanden na afloop van een kwartaal is voor het CAK goed uitvoerbaar en controleerbaar.

De subsidie geldt ook voor zorg die gebruikelijk op grond van een diagnose-behandelcombinatie (DBC) bekostigd wordt. Dit betreft medisch noodzakelijke specialistisch zorg in ziekenhuizen en ggz-instellingen.

Een DBC-medisch specialistische zorg kan maximaal 120 dagen open staan, een GGZ-DBC kan maximaal een jaar open staan. Voor DBC-zorg dient de aanvraag voor subsidie te zijn ingediend binnen drie maanden na afloop van het kwartaal waarin de desbetreffende diagnose-behandelcombinatie is gesloten.

Om de administratieve lastendruk zo klein mogelijk te houden worden een aanvraagformulier en een declaratieformulier gebruikt die door de minister worden vastgesteld. Zorgaanbieders kunnen deze formulieren downloaden van de website van het CAK.

Artikel 6, zesde lid

Het zesde lid schrijft voor welke gegevens moeten worden verstrekt. Het gaat daarbij om een aantal persoonsgegevens, te weten de naam, het geslacht, de geboortedatum, nationaliteit en het burgerservicenummer (bsn) van de onverzekerde persoon en aard en kosten van de verleende zorg. Deze moeten op het declaratieformulier worden vermeld. Het verstrekken van deze gegevens is van belang

⁶ Voor niet-ingeschreven patiënten hoeven zorgaanbieders niet de tarieven te hanteren die zij met verzekeraars voor de verzekerden afspreken, maar zij dienen zich wel te houden aan de tariefregelgeving. Waar de Nza maximale tarieven heeft vastgesteld mogen de in rekening te brengen kosten niet hoger zijn dan die tarieven en daar waar vrije tarieven zijn, moet de prijslijst vooraf bekend zijn.



om frauderisico zoveel mogelijk af te dekken en om te kunnen controleren of iemand verzekeringsplichtig is.

Het bsn is nodig om de verzekeringsplicht te kunnen vaststellen. Daarvoor is noodzakelijk dat de betrokken persoon voldoende geïdentificeerd is. Controle alleen op naam en geboortedatum leidt in veel gevallen niet tot vaststelling van verzekeringsplicht. Ingevolge artikel 10 van de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer is de minister bevoegd het bsn te gebruiken en te verwerken. Het vermelden van tot de persoon herleidbare gegevens (waarvan in casu sprake is) in combinatie met medische gegevens maakt dat sprake is van bijzondere persoonsgegevens in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Het verstrekken (verwerken) van bijzondere gegevens (naam, geboortedatum, geslacht en nationaliteit) door de zorgaanbieder is op grond van die wet niet toegestaan dan na uitdrukkelijke toestemming van de patiënt.

Aan het toestemmingsvereiste zijn bijzondere voorwaarden verbonden. De patiënt moet zijn wil in vrijheid hebben geuit. Aan de patiënt moet duidelijk zijn voor en met welk doel de gegevens gebruikt worden. De toestemming moet ook uitdrukkelijk zijn. Dit kan blijken uit woord, schrift of gedrag. Omdat op dit punt de bewijslast bij de zorgaanbieder ligt, is een schriftelijke verklaring in het kader van deze subsidieregeling aangewezen. Ten behoeve van dit toestemmingsvereiste is een formulier dat als modelverklaring kan worden gebruikt, downloadbaar beschikbaar gesteld op de website van het CAK.

Het verdient aanbeveling dat de zorgaanbieder gebruik maakt van dit formulier en door de patiënt laat ondertekenen. Daarmee staat vast dat de toestemming is verkregen en waarvoor die is verkregen. Verder is van belang dat de patiënt in vrijheid zijn toestemming geeft voor het verstrekken van zijn persoonsgegevens aan het CAK. Vrije toestemming houdt in dat de betrokkene zich niet verplicht voelt om toestemming te geven vanwege druk van de omstandigheden waarin hij verkeert of de relatie waarin hij tot de verantwoordelijke staat. In casu kan gesteld worden dat sprake is van vrije toestemming, omdat de patiënt hoe dan ook medische hulp krijgt, en het weigeren van die toestemming verder geen financiële consequenties voor hem heeft. Op het declaratieformulier kan door het aankruisen van een vakje worden aangegeven of de toestemming is verleend.

Het weigeren van de toestemming heeft wel gevolgen voor de subsidieverlening.

De in het zesde lid genoemde persoonsgegevens zijn nodig ter controle van de identiteit, of, als het bsn niet bekend is, om aan de hand van die gegevens te proberen de verzekeringsplicht vast te stellen. Bij ontbreken van de toestemming zal de subsidieaanvraag – zo die al wordt ingediend – moeten worden afgewezen.

Met inachtneming van het voorgaande dient de zorgaanbieder om het risico op oneigenlijk gebruik of misbruik tegen te gaan bij het indienen van de declaratie(s) te verklaren dat hij een aantal zaken heeft onderzocht of heeft gedaan.

De zorgaanbieder dient te verklaren:

- dat medisch noodzakelijke zorg is verleend aan een in Nederland verblijvende persoon;
- dat hij heeft vastgesteld dat deze persoon niet bij een zorgverzekeraar is ingeschreven voor een basisverzekering;
- dat hij naar beste weten heeft vastgesteld dat deze persoon onverzekerd is en de kosten van de verleende zorg niet op de onverzekerde verhaald kunnen worden;
- dat hij, onder vermelding van de datum, de GGD heeft gemeld aan deze persoon zorg te hebben verleend.

Het declaratieformulier is hierop afgestemd.

Artikel 7

De termijn voor het nemen van een besluit tot subsidievaststelling is 13 weken en gaat lopen vanaf het moment van ontvangst van een complete subsidieaanvraag. De beslistermijn kan op grond van artikel 4:5 Awb worden opgeschort als de aanvraag onvolledig is. Zoals gebruikelijk bij subsidies die zonder voorafgaande verlening direct worden vastgesteld, worden geen voorschotten verstrekt en wordt de subsidie in één keer uitbetaald.

Artikel 8

De subsidieontvanger is gehouden desgewenst de minister nader van informatie te voorzien die nodig kan zijn voor de te nemen beslissing tot het verstrekken van de subsidie, dan wel voor de ontwikkeling van het beleid ten aanzien van voor de subsidiëring van de zorgverlening aan onverzekerden.

Artikel 9

In afwijking van de systematiek van vaste verandermomenten bij regelgeving (VVM) treedt deze



regeling per 1 maart 2017 in werking. De regeling eindigt met ingang van 1 maart 2022.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*