

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 367

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 december 2011

Op 1 januari 2009 is de wettelijke bijdrageregeling ingevolge artikel 122a Zorgverzekeringswet (Zvw) in werking getreden op grond waarvan zorgaanbieders een bijdrage kunnen vragen als zij medisch noodzakelijke zorg verlenen aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen die de kosten van de verleende zorg niet zelf kunnen betalen. Er is wettelijk bepaald dat ter zake van deze bijdrageregeling binnen drie jaar na de inwerkingtreding van artikel 122a van de Zvw een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van de bijdrageregeling in de praktijk aan de Staten-Generaal zal worden gezonden.¹

Naar aanleiding van deze verplichting heb ik Berenschot opdracht gegeven het evaluatieonderzoek uit te voeren. Berenschot heeft mij het eindrapport «Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet» op 7 november 2011 toegezonden. Hierbij bied ik u dit eindrapport² en mijn reactie daarop aan. Ter zake van deze reactie heb ik overlegd met de uitvoerder van deze regeling, het College voor zorgverzekeringen (CVZ).

De onderzoekers hebben naar aanleiding van de bevindingen in het rapport een viertal aanbevelingen gedaan.

De aanbevelingen betreffen:

- nagaan van mogelijkheden om na een spoedopname zorg voort te zetten in een niet-gecontracteerd ziekenhuis in plaats van overplaatsing naar een gecontracteerd ziekenhuis;
- onderzoeken of het opzetten van een trainingsmodule voor baliemedewerkers en/of financiële ondersteuners toegevoegde waarde heeft;
- nagaan of koepel- en/of brancheorganisaties een actievere rol kunnen vervullen bij de voorlichting over de bijdrageregeling aan zorgaanbieders;
- nagaan of in de CVZ-monitor meer inzicht kan worden gegeven in de toegankelijkheid van zorg aan de doelgroep.

¹ Artikel III van de Wet van 30 oktober 2008, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verstrekking van bijdragen aan zorgaanbieders die inkomsten derven ten gevolge van het verlenen van medische noodzakelijke zorg aan bepaalde groepen vreemdelingen en van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten met het oog op verzekering van bepaalde groepen minderjarige vreemdelingen (Stb. 2008, 526).

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Naast deze aanbevelingen hebben de onderzoekers een aantal conclusies getrokken.

Het betreft conclusies ten aanzien van:

- inhoud van de bijdrageregeling;
- toegankelijkheid van de bijdrageregeling;
- CVZ als uitvoeringsorganisatie van de bijdrageregeling.

De onderzoekers hebben ter zake van de conclusies aangegeven dat op elk van de drie genoemde gebieden enkele aandachtspunten zijn te duiden. Uitgezonderd de meer technische aandachtspunten – welke ik met een reactie in de bijlage heb opgenomen – ga ik hieronder in op de aanbevelingen, conclusies en de overige aandachtspunten.

1. Belangrijkste bevindingen uit het evaluatierapport

1. Algehele indruk

De algehele indruk van het rapport is dat de bijdrageregeling over het algemeen doeltreffend is en in de praktijk naar tevredenheid werkt.

1.1 Resultaat doelstelling wetgeving

De wettelijke bijdrageregeling voor zorgaanbieders vloeit voort uit de zienswijze van de regering dat oninbare vorderingen van verleende medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen in redelijkheid niet alleen door de zorgaanbieders gedragen moeten worden. Dit heeft geresulteerd in het wettelijk regelen van een vorm van financiering voor zorgaanbieders ten laste van de rijksbegroting.

Uit het evaluatierapport blijkt dat de wettelijke bijdrageregeling voor zorgaanbieders over het algemeen bekend is.

Ter zake van de inhoud van de bijdrageregeling concluderen de onderzoekers dat er geen aanwijzingen zijn voor misbruik van de bijdrageregeling aan de kant van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen of aan de kant van zorgaanbieders.

1.2 Resultaat toegankelijkheid van de bijdrageregeling

Ter zake van de toegankelijkheid concluderen de onderzoekers dat de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders recht doet aan de spreiding van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen over het land.

1.3 Resultaat CVZ als uitvoeringsorganisatie

Ter zake van de uitvoering door het CVZ concluderen de onderzoekers dat zorgaanbieders en belangenbehartigers van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen tevreden zijn over het CVZ als uitvoeringsorganisatie. Verder geven de onderzoekers aan dat het declaratieproces alsmede de informatievoorziening over de bijdrageregeling goed verloopt.

1.4 Financiële aspecten

De onderzoekers geven aan dat het moeilijk is om op basis van de CVZ-monitoren uitspraken te doen over de exacte kostenontwikkeling van de bijdrageregeling. Zij brengen daarvoor een drietal oorzaken naar voren. Ten eerste, zo stellen zij, is de financiering van de eerstelijnszorg in 2009 via de GGD'en verlopen waardoor opsplitsing naar zorgvorm lastig is. Daarnaast rekent het CVZ de kosten (in overeenstemming met de wet)

toe naar betaaldatum en niet naar zorgdatum hetgeen het inzicht bemoeilijkt. Ten slotte zijn in 2009 voorschotten uitbetaald aan GGD'en waarna in 2010 afrekeningen zijn gevolgd. De onderzoekers melden dat dit het moeilijk maakt om, in combinatie met de voorgaande twee punten, een juist kostenbeeld per zorgvorm te presenteren.

In onderstaande tabel heb ik ter informatie een overzicht opgenomen van de uitgaven van de bijdrageregeling over de jaren 2009, 2010 en de verwachte uitgaven 2011.

| Zorgkosten bijdrageregeling in euro's | Gerealiseerde zorgkosten | Gerealiseerd zorgkosten | Prognose nav realisatie t/m mei 2011 |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------------------|
| Zorgvorm | 2009 | 2010 | 2011 |
| ziekenhuizen | 8 615 000 | 8 626 000 | 12 124 000 |
| farmacie | 3 045 000 | 3 279 000 | 3 508 000 |
| GGZ-instellingen | 1 300 000 | 1 098 000 | 2 700 000 |
| GGD'en | – | 450 000 | 200 000 |
| huisartsenzorg | 447 000 | 226 000 | 407 000 |
| verloskundigen | 261 000 | 228 000 | 455 000 |
| AWBZ-instellingen | 200 000 | 159 000 | 600 000 |
| ambulancevervoer | 10 000 | 124 000 | 188 000 |
| kraamzorg | 112 000 | 118 000 | 211 000 |
| tandheelkundige zorg | 95 000 | 52 000 | 40 000 |
| hulpmiddelen | 43 000 | 30 000 | 85 000 |
| Paramedische zorg | 30 000 | 24 000 | 33 000 |
| | 14 158 000 ¹ | 14 414 000 ² | 20 551 000 ³ |

¹ Bron: Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen; 11 oktober 2010, blz. 13.

² Bron: 5^e Monitor Regeling financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen; 13 april 2011.

³ Bron: brief CVZ van 23 juni 2011 betreffende herziene begroting financiering zorg onverzekerbare vreemdelingen 2011.

2. Reactie op de aanbevelingen

De onderzoekers hebben na het verzamelen van informatie en analyse en toetsing van de onderzoeksresultaten conclusies getrokken en enkele aanbevelingen opgesteld. Op de aanbevelingen uit het evaluatierapport ga ik hieronder in.

Aanbeveling 1 (zie pagina 32)

Onderzoekers geven aan dat het in geval van spoedopnames van illegalen of andere onverzekerbare vreemdelingen bij ziekenhuizen is aan te raden om na te gaan wat de mogelijkheden zijn om de zorg in een niet-gecontracteerd ziekenhuis voort te zetten (inclusief eventuele poliklinische nacontroles). Dit uit het oogpunt van kwaliteitszorg.

In het kader van artikel 122a Zvw is het inroepen van zorg op de volgende wijze geregeld. Medisch noodzakelijke zorg die terstond moet worden verleend, zoals in het geval van een hartaanval, kan worden ingeroepen bij iedere zorgaanbieder. Dit geldt ook voor huisartsenzorg. Het betreft direct toegankelijke zorg die aan verzekerden doorgaans zonder verwijzing, recept of zonder indicatie als bedoeld in de AWBZ wordt verleend. Voor zorg die planbaar is, waarvoor een afspraak wordt gemaakt, zijn contracten gesloten. Dit betreft dus niet direct toegankelijke zorg.

Er is voor gecontracteerde zorgaanbieders gekozen om zeker te stellen dat in het kader van deze regeling alleen zorg verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen wordt gedeclareerd en dus niet de

zorg die verleend is aan verzekerbare onverzekerden. Verder maakt het CVZ met de gecontracteerde zorgaanbieders afspraken welke inspanningen de zorgaanbieder verricht om de rekening door deze patiënten betaald te krijgen.

Gezien dit wettelijke uitgangspunt betreffende contracteren zie ik geen reden deze aanbeveling te volgen.

Overigens verschilt het overbrengen van de illegaal verblijvende patiënt van de spoedeisende zorg in het ene ziekenhuis naar een gecontracteerd ziekenhuis niet van de situatie van de verzekerde die in Limburg woont en in Groningen een spoedopname nodig heeft.

Aanbeveling 2 (zie pagina 32)

In het rapport is de aanbeveling opgenomen te onderzoeken of het opzetten van een trainingsmodule voor baliemedewerkers en/of financiële ondersteuners van zorginstellingen van toegevoegde waarde is om vast te stellen of een persoon tot de doelgroep behoort en of de vreemdelling een financiële bijdrage kan leveren. Onderzoekers geven daarbij aan dat deze module mogelijk in samenwerking met koepel- en of brancheorganisaties, zoals Actiz, de NMT, GGZ Nederland, de LHV, kan worden opgezet, om op die manier een zo breed mogelijk scala aan zorgaanbieders te bereiken.

Al in 2009 hebben belangenbehartigende organisaties signalen dat administratief personeel of baliemedewerkers illegalen of andere onverzekerbare vreemdelingen weigeren bij een zorgvraag, onder de aandacht gebracht. Naar aanleiding van die signalen heeft het CVZ toen op verzoek van VWS extra voorlichting aan ziekenhuizen over dit aspect verzorgd.

Zoals toentertijd in de antwoorden op kamervragen¹ is opgemerkt kan het niet zo zijn dat administratief personeel of baliemedewerkers die daar niet voor zijn opgeleid, bepalen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg.

Ik sta nog altijd achter dit standpunt.

Gezien het belang van bovenvermelde aanbeveling uit het rapport heeft het CVZ zich bereid verklaard om medewerking te verlenen aan trainingsmodules.

Aanbeveling 3 (zie pagina 32)

De onderzoekers bevelen aan na te gaan of koepel- en/of brancheorganisaties een actievere rol kunnen vervullen bij de voorlichting aan zorgaanbieders inzake de bijdrageregeling. Dit met het voornaamste doel om de toegankelijkheid van de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen te vergroten.

Het CVZ verzorgt over de wettelijke bijdrageregeling voorlichting aan zorgaanbieders en koepel en brancheorganisaties. Het CVZ heeft hiervoor een website ingericht en verstrekt ook schriftelijke informatie. Het CVZ heeft hier dus een actieve rol.

Het CVZ participeert in de Stuurgroep Lampion. In dit overlegplatform zijn, naast hulpverleningsorganisaties, ook een aantal koepel- en brancheorganisaties vertegenwoordigd. Het CVZ heeft zich bereid verklaard om ook overleg te voeren met koepel- en brancheorganisaties die niet vertegenwoordigd zijn bij de Stuurgroep Lampion.

Aanbeveling 4 (zie pagina 32)

Ten slotte hebben de onderzoekers de aanbeveling geformuleerd na te gaan of in de CVZ monitor meer inzicht kan worden gegeven in de toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Onderzoekers geven aan dat hier een mogelijke samenwerking met GGD'en van toegevoegde waarde zou kunnen zijn, gelet op

¹ Vragen van de leden Arib en Spekman (PvdA) over het weigeren van illegalen in de zorg (Handelingen 2009–2010, 622).

de rol ten tijde van de Regeling Stichting Koppeling en hun huidige taken in het kader van de Wet Publieke Gezondheidszorg.

Onderzoekers geven aan dat hier een mogelijke samenwerking met GGD'en van toegevoegde waarde zou kunnen zijn. De administratieve rol van die instellingen bij de uitvoering van de regeling van de Stichting Koppeling gaf deze instellingen de mogelijkheid om de vinger aan de pols te houden bij de toegankelijkheid van het zorgaanbod aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. Deze coördinerende rol vloeide voort uit de bredere verantwoordelijkheid voor de openbare gezondheidszorg op grond van de Wet publieke gezondheid. De GGD'en hadden een netwerk met zorgaanbieders en belangenbehartigende organisaties, gaven informatie aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen en aan professionals en verzamelden signalen over knelpunten bij de toegankelijkheid tot de zorg.

De onderzoekers merken op dat in de gesprekken naar voren is gekomen dat het GGD-platform tot 1 januari 2009 een netwerkfunctie had voor zorgaanbieders. Daardoor was niet alleen de zorgvraag meer inzichtelijk, maar hadden zorgaanbieders kortere lijnen met elkaar dan nu. Verder geven de onderzoekers aan dat het instandhouden van deze netwerken nu lastiger is.

Het CVZ heeft aangegeven dat verschillende GGD'en in de praktijk op verschillende wijze invulling gaven aan deze rol. Ook vóór 2009 was een deel van de GGD'en al weinig actief, terwijl een deel van de GGD'en ook ná 1 januari 2009 op dit gebied actief is gebleven.

Na de inwerkingtreding van artikel 122a Zvw is de administratieve rol voor een deel van de declaraties in eerste instantie gecontinueerd. Inmiddels is met alle GGD'en de afhandeling van declaraties beëindigd. Het CVZ heeft met betrekking tot informatie die van belang is voor de toegankelijkheid van de zorg in 2009 met GGD Nederland afgesproken dat het CVZ daartoe informatie kan leveren. Die informatie kan GGD'en behulpzaam zijn bij haar taak op het terrein op de publieke gezondheidszorg.

3. Reactie op conclusies en aandachtspunten

De onderzoekers hebben na het verzamelen van informatie en analyse en toetsing van de onderzoeksresultaten conclusies getrokken en enkele aandachtspunten geïdentificeerd. Op deze aandachtspunten ga ik hieronder in.

Aandachtspunten bij de inhoud van de bijdrageregeling

• Het is niet met 100% zekerheid vast te stellen voor de zorgaanbieder of een onverzekerbare vreemdeling daadwerkelijk valt onder de doelgroep, zoals beschreven in artikel 122a Zvw. De handleiding om vast te stellen of een illegaal of onverzekerbare vreemdeling tot de doelgroep behoort die is opgesteld door het CVZ biedt wel een hulpmiddel om de juiste vragen te stellen bij een intake (zie pagina 29).

Het vaststellen of een patiënt behoort tot de groep illegalen of andere onverzekerbare vreemdelingen is inderdaad niet eenvoudig. Zoals de onderzoekers opmerken heeft het CVZ een handleiding opgesteld die daarbij behulpzaam kan zijn. Overigens heeft het CVZ in haar voorjaarsmonitor 2011 gemeld dat de uitleg over illegaal verblijf wordt bijgesteld op basis van praktijkervaring en bij gelegenheid ter kennis wordt gebracht van zorgaanbieders. Verder geeft het CVZ aan dat deze handleiding eind 2010 door de Landelijke Huisartsenvereniging op haar website is geplaatst.

• Het is niet vast te stellen voor de zorgaanbieder of hij/zij kosten kan verhalen op een illegaal of onverzekerbare vreemdelling voor de aan hem/haar geleverde zorg. Individuele zorgaanbieders zijn minder financieel krachtig om een stringente aanpak te hanteren (zie pagina 30).

In het evaluatierapport is aangegeven dat in de gesprekken met zorgaanbieders aan de orde is gekomen dat er onderscheid is te maken tussen, zoals onderzoekers aangeven, een stringente en een lichtvaardige manier van omgaan met de inspanningsverplichting om te achterhalen of de illegaal of onverzekerbare vreemdelling zelf (een gedeelte van) de behandeling kan betalen.

Belangrijkste uitgangspunt van de wettelijke bijdrageregeling is dat deze patiënten de kosten van de verleende medisch noodzakelijke zorg zelf betalen. Alleen in die gevallen waarin ondanks inspanning van de zorgaanbieder geen (volledig) kostenverhaal op de patiënt mogelijk is, kan de zorgaanbieder – onder voorwaarden – een beroep doen op de wettelijke bijdrageregeling.

Het CVZ en VWS houden wat betreft het verhalen van de kosten van geleverde zorg door zorgaanbieders de vinger aan de pols.

• Het verlenen van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen neemt relatief gezien meer tijd in beslag. Vaak is de zorgvraag complex, zijn er aanvullende coördinerende taken en zijn er taalbarrières. Indien er geen sprake is van een volledige dekking van de kosten die gemaakt zijn aan de kant van de zorgaanbieder, kan dit drempelverhogend werken voor zorgaanbieders om zorg te leveren aan de beoogde doelgroep (zie pagina 30).

De regering is van mening dat de Staat niet verplicht is tot volledige dekking van de betreffende kosten. Er is niet gekozen voor een volledige vergoeding van niet gecontracteerde zorg omdat zowel de illegaal als de zorgaanbieder een eigen verantwoordelijkheid hebben. De illegaal heeft de verantwoordelijkheid in voorkomend geval de kosten van aan hem verleende zorg te betalen. Er moet dus rekening mee worden gehouden dat de zorgaanbieder een deel van de kosten op de illegale patiënt kan verhalen. Enig ondernemersrisico voor de zorgaanbieder is daarbij ingecalculeerd. Een volledige vergoeding zou in feite iedere prikkel bij de zorgaanbieder wegnemen om de kosten te verhalen op de illegale patiënt.

• Het criterium «medisch noodzakelijke zorg» levert doorgaans geen problemen op in de praktijk. In enkele behandelsituaties rijst wel de vraag over de mate van terughoudendheid die in acht moet worden genomen bij het leveren van zorg. Daar staat tegenover dat preventief ingrijpen op de (midden)lange termijn kostenbesparend kan zijn. Sommige zorgvragen hebben namelijk de potentie uit te groeien tot «medisch noodzakelijke zorg», maar behoren op het ogenblik nog niet tot de zorg waarvoor de bijdrageregeling is ingesteld (zie pagina 30).

Zoals tijdens de parlementaire behandeling van deze wettelijke bijdrageregeling en bij andere gelegenheden is aangegeven is het de zorgaanbieder die bepaalt of zorg medisch noodzakelijk is.

Ik stel met genoeg vast dat de onderzoekers hebben aangegeven dat de meerderheid van de gesprekspartners weinig problemen ervaart bij het bepalen van wat medisch noodzakelijke zorg is.

Betreffende de behandelsituatie melden onderzoekers dat de vraag is in hoeverre de arts een ander beleid moet hanteren voor een onverzekerbare vreemdelling en of cosmetische chirurgie medisch noodzakelijke is. Het CVZ draagt, in overeenstemming met de wet, uit dat de arts geen ander beleid moet hanteren dan voor verzekerden.

• Enkele typen van zorgverlening – zoals tandartsenzorg voor patiënten ouder dan 18 jaar – en bepaalde medicijnen – zoals bepaalde antidepressiva – vallen niet onder het basispakket van de Zvw en worden derhalve niet vergoed in het kader van de bijdrageregeling. Dit terwijl juist voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen het goed denkbaar is dat dit type zorgverlening van grote toegevoegde waarde kan zijn om de kwaliteit van leven te verhogen (zie pagina 30).

Er is voor gekozen om het wettelijke aansprakenpakket onder de bijdrageregeling te brengen, behalve de bij algemene maatregel van bestuur uit te zonderen zorgvormen. Het gaat dus om zorg die is uitgekristalliseerd in verzekeringsaanspraken en niet om zorg die, om wat voor reden dan ook, niet in het verzekeringspakket is opgenomen. Ik zie geen reden om voor de zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen een ander beleid te voeren dan voor verzekerden.

Aandachtspunten bij de toegankelijkheid van de bijdrageregeling

• Er lijkt een prikkel te zijn bij niet gecontracteerde ziekenhuizen die spoedeisende hulp hebben verleend, om illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen zo spoedig mogelijk – dat wil zeggen: zodra de gezondheidstoestand dat toelaat – door te verwijzen naar een gecontracteerd ziekenhuis. Het is de vraag of dit vanuit het perspectief van de patiënt en het leveren van kwalitatief goede zorg wenselijk is (zie pagina 31).

Er is voor gecontracteerde zorgaanbieders gekozen om zeker te stellen dat in het kader van deze regeling alleen zorg verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen wordt gedeclareerd en dus niet de zorg die verleend is aan verzekerbare onverzekerden. Verder maakt het CVZ met de zorgaanbieders afspraken welke inspanningen de zorgaanbieder verricht om de rekening door deze patiënten betaald te krijgen. Het contracteren van zorgaanbieders is een cruciaal element van de bijdrageregeling om te bewerkstelligen dat de bijdragen op grond van deze regeling daadwerkelijk alleen worden verstrekt als medisch noodzakelijke zorg is verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

Het overbrengen van de illegaal verblijvende patiënt van het ene ziekenhuis naar een gecontracteerd ziekenhuis verschilt derhalve niet van de situatie van de verzekerde die in Limburg woont en in Groningen een spoedopname nodig heeft.

Ik zie daarom geen reden de wettelijke bijdrageregeling op dit punt aan te passen.

Aandachtspunten bij CVZ als uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling

• De CVZ monitor biedt geen inzicht in de toegankelijkheid van zorg. Dit wordt met name door de belangenorganisaties als een gemis ervaren. Het CVZ zou volgens hen meer aandacht moeten schenken aan de knelpunten en aan signalen over onvoldoende toegankelijkheid van de zorg (zie pagina 31).

Onderzoekers geven aan dat de toegankelijkheid van zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen afhankelijk is van de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders, de bereidheid van de zorgaanbieder tot het verlenen van zorg en de bekendheid van de bijdrageregeling bij zorgaanbieders en bij de doelgroep zelf.

Door de spreiding van door het CVZ gecontracteerde zorgaanbieders ben ik van mening dat de landelijke dekking van gecontracteerde zorgaanbieders over het algemeen goed is.

De bijdragemogelijkheid op grond van de wettelijke regeling op grond van artikel 122a Zvw is mede tot stand gekomen om de bereidheid van zorgaanbieders tot het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen, te ondersteunen. Dat illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg acht ik zonder meer van belang. In Nederland geldt het algemeen erkende principe dat zorgaanbieders in voorkomend geval medisch noodzakelijke zorg verlenen, ongeacht de vraag of en hoe de kosten van die zorgverlening zullen worden vergoed. Zorgaanbieders zijn op grond van hun professionele verantwoordelijkheid verplicht om in voorkomend geval in aanmerking komende zorg te verlenen. Nederland heeft ook internationale verdragen geratificeerd en is op grond daarvan gebonden iedereen medische zorg te verlenen ook in geval die personen onvoldoende middelen hebben om die zorg te betalen. Omdat de regering het onwenselijk acht dat zorgaanbieders geconfronteerd worden met onbetaalde rekeningen is de wettelijke bijdrageregeling voor zorgaanbieders op grond van artikel 122a Zvw in het leven geroepen. Deze wettelijke regeling levert een bijdrage aan de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

Over de toegankelijkheid van medisch noodzakelijke zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen is al tijdens de parlementaire behandeling van artikel 122a Zvw gesproken. Zoals mijn ambtsvoorganger toentertijd heeft gemeld is het de taak van de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) om meldingen van problemen met toegankelijkheid van de zorg altijd te onderzoeken. In dit beleid is geen verandering gekomen.

De IGZ heeft toentertijd opgemerkt dat zij alert zal blijven op meldingen op dit terrein en dat deze meldingen ook zullen worden onderzocht. Aan organisaties die de aandacht van de Kamer hadden gevestigd op de toegankelijkheid tot zorg voor illegale kinderen met een kindbeschermingsmaatregel, is indertijd ook gevraagd voorkomende problemen te melden bij IGZ. In het evaluatierapport geven de onderzoekers aan van de IGZ te hebben vernomen dat – behoudens enkele signalen van Dokters van de Wereld – nauwelijks tot geen signalen over dit onderwerp worden ontvangen.

Daarnaast heeft het CVZ afspraken gemaakt met belangenbehartigers dat die meldingen doorgeleiden naar het CVZ. In de eerste monitor over deze bijdrageregeling heeft het CVZ gemeld dat op basis van een eerste serie meldingen tussen Pharos en het CVZ afstemming heeft plaatsgevonden. Het CVZ heeft in die monitor aangegeven dat wellicht in de sfeer van de casuïstiek oplossingen geboden kunnen worden of de informatievoorziening kan verbeteren. Het CVZ heeft mij laten weten dat het aantal meldingen inmiddels is teruggelopen. Op basis van de ontvangen meldingen bemiddelt het CVZ bij casuïstiek of beziet het CVZ of de informatievoorziening verbeterd kan worden.

Verder geeft het CVZ ten behoeve van een goede toegankelijkheid tot medisch noodzakelijke zorg voor illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen ook regelmatig informatie over de bijdrageregeling aan de verschillende groepen zorgaanbieders. Het CVZ houdt informatie op de website over deze regeling actueel. Medewerkers van CVZ beantwoorden dagelijks per mail en telefonisch vragen over deze bijdrageregeling van zorgaanbieders en hulpverleningsorganisaties en (kennissen) van illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

Naar mijn mening wordt met deze inspanningen de toegankelijkheid voldoende gewaarborgd.

In bijlage 1 treft u de beleidsmatige opmerkingen aan bij de meer technische aandachtspunten uit het Evaluatierapport van de bijdrageregeling op grond van artikel 122a van de Zvw.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

Reactie op het Evaluatierapport bijdrageregeling ingevolge artikel 122a Zvw

In deze bijlage zijn beleidsmatige opmerkingen opgenomen bij de meer technische aandachtsgebieden bij conclusies uit het Evaluatierapport van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet. De aandachtsgebieden zoals in het Evaluatierapport vermeld zijn cursief weergegeven.

Aandachtsgebieden bij conclusies tav de inhoud van de bijdrageregeling

• Het is moeilijk voor Berenschot om op basis van de CVZ monitoren uitspraken te doen over de exacte kostenontwikkeling van de bijdrageregeling. Dat wordt veroorzaakt door een drietal zaken:

- In 2009 is de financiering van de eerstelijnszorg via de GGD'en verlopen. Opsplitsing naar zorgvorm is daardoor lastig.*
- Het CVZ rekent de kosten (in overeenstemming met de wet) toe naar betaaldatum en niet naar zorgdatum. Dat bemoeilijkt het inzicht.*
- In 2009 zijn voorschotten uitbetaald aan GGD'en waarna in 2010 afrekeningen zijn gevolgd.*

In combinatie met het voorgaande maakt dat een juist kostenbeeld per zorgvorm moeilijk (zie pagina 30).

In de financiële verslaglegging verantwoordt het CVZ de voor deze bijdrageregeling gemaakte kosten op basis van de feitelijk in het betreffende kalenderjaar gedane betalingen. Daardoor is een ontkoppeling ontstaan tussen de datum waarop de zorg wordt geleverd en de verantwoording van die kosten.

De zorgkosten voor de jaren 2009 en 2010 bedragen ruim € 14 miljoen per jaar. Voor zover thans voorzien zal het beslag voor zorgkosten en uitvoering van deze regeling over 2011 in totaal circa € 23 miljoen bedragen.

Het CVZ heeft in de halfjaarlijkse monitor van april 2011 over de uitvoering van deze regeling aangegeven dat de onderschrijding ten opzichte van het in de VWS-begroting opgenomen, geraamde bedrag aan zorgkosten vooral wordt veroorzaakt door lagere kosten van de ziekenhuiszorg, waar DCB-nota's voor vertraging hebben gezorgd bij declaraties. Daarnaast vindt nog uitbreiding plaats van het aantal GGZ-instellingen waarmee contracten worden gesloten en neemt het gebruik van AWBZ-zorg nog toe. Op deze terreinen is dus nog sprake van een ingroei dan wel inhaaleffect bij de kostenontwikkeling.

Over deze ontwikkelingen heb ik u in de VWS-verzekerdenmonitor in de jaren 2009, 2010 en 2011¹ op de hoogte gesteld. Daarnaast heb ik u bij begrotingsbehandelingen hierover geïnformeerd.

Aandachtsgebieden bij conclusies tav toegankelijkheid van de bijdrageregeling

• Uit de gevoerde gesprekken, documenten en de werkbijeenkomst blijkt dat de mate van bereidheid om zorg te verlenen aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen wisselt per onderscheiden zorgaanbieder. De bereidheid lijkt het grootst te zijn bij huisartsen (zie pagina 31).

Ik ben de mening toegedaan dat de regering met de mogelijkheid voor zorgaanbieders een bijdrage te vragen aan het CVZ als zij medisch noodzakelijke zorg hebben verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen die de rekening niet zelf kunnen betalen, voldoende heeft gedaan om de toegankelijkheid tot medisch noodzakelijke zorg voor deze groep vreemdelingen te bewerkstelligen.

¹ VWS-verzekerdenmonitor 2009, brief van 3 juni 2009: Kamerstukken II, 29 689, nr. 259; VWS-verzekerdenmonitor 2010, brief van 17 mei 2010: Kamerstukken II, 29 689, nr. 299; VWS-verzekerdenmonitor 2011, brief van 1 augustus 2011: Kamerstukken II, 29 689, nr. 348.

• De toegang tot zorg is enerzijds afhankelijk van de informatievoorziening die wordt verleend aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen. De doorverwijzing, met name naar huisarts, verloopt grotendeels via een «informeel netwerk» dat fungeert als een intermediair (bijvoorbeeld kerken, moskeeën, belangenorganisaties, etc.) (zie pagina 31).

Het CVZ geeft zorgaanbieders en belangenbehartigers met enige regelmaat informatie over de bijdrageregeling. In de vijfde CVZ-monitor is het voorbeeld genoemd dat het CVZ in november 2010 overleg heeft gevoerd met vertegenwoordigers van de gecontracteerde ziekenhuizen. Daarbij is een onderzoek van Dokters van de Wereld gepresenteerd naar de incasso-inspanningen van ziekenhuizen en de implicaties voor de toegang tot de zorg en zijn diverse uitvoeringsaspecten besproken. Het CVZ geeft aan dat daarbij vooral een groot verschil bleek tussen ziekenhuizen die vaak onverzekerbare vreemdelingen verzorgen en ziekenhuizen die slechts incidenteel met deze doelgroep te maken hebben. Voor deze laatste categorie is het aanzienlijk lastiger om de voorlichting aan medewerkers en de interne bedrijfsprocessen goed te organiseren. Overigens heeft het CVZ ook eerder (CVZ-monitor oktober 2010) al gemeld aan alle ziekenhuizen een brief te hebben gezonden met een herhaling van de uitleg van de regeling, een uitleg voor het vaststellen of de patiënt tot de doelgroep behoort en een conceptpublicatie voor het personeelsblad van de ziekenhuizen.

• Anderzijds is de toegang tot zorg sterk afhankelijk van de kennis en ervaring met de bijdrageregeling van medewerkers binnen zorginstellingen. Met name in de AWBZ-instellingen is dit merkbaar en meer specifiek binnen de GGZ. Uit documenten, gesprekken en de werkbijeenkomst blijkt dat er sprake is van onderbehandeling van GGZ problematiek bij illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen.

Gesprekspartners geven aan dat van de doelgroep slechts het topje van de ijsberg actief naar hulp zoekt, omdat ze bijvoorbeeld mondig en hoogopgeleid zijn. Zoals eerder beschreven geven de meest recente cijfers van het CVZ echter aan dat het gebruik van de bijdrageregeling door GGZ in 2011 zal toenemen (zie paragraaf 3.2, GGZ). Een mogelijke verklaring is dat de regeling nu bekender is bij de medewerkers (zie pagina 31).

Uit recente cijfers van het CVZ blijkt dat de vergoedingen voor genoemde zorgaanbieders in 2011 stijgen. Desondanks ben ik het met de bevinding van onderzoekers op dit punt eens. Ook naar mijn mening is enige extra inzet op voorlichting aan deze zorgaanbieders van belang. Ik heb het CVZ verzocht hiertoe voorbereidingen te treffen.

Aandachtsgebieden bij de conclusies ten aanzien van CVZ als uitvoeringsinstantie van de bijdrageregeling

• Uit ons onderzoek blijkt dat de gunning op grond van de aanbestedingsprocedure niet geheel naar wens is verlopen. Van alle aanbestedingscriteria heeft «de geboden prijs» voor 80% meegewogen in de contractering. Ervaring met en bekendheid bij de doelgroep waren van ondergeschikt belang. Het CVZ heeft aangegeven deze mogelijkheid wel te hebben onderzocht, maar dat een criterium als «ervaring» lastig op te nemen is in een Europese aanbestedingsprocedure (zie pagina 31).

Het CVZ bevestigt dat vanwege Europese regelgeving bij de aanbesteding vrijwel uitsluitend gekeken is naar het kostenaspect. Bij de volgende aanbestedingsronde, die zal plaatsvinden in 2013 met het oog op contractering per 1 januari 2014, zal het CVZ bij de aanbesteding mede rekening houden met de mate van ervaring.

• De informatievoorziening vanuit het CVZ, hoewel in 2009 niet optimaal vormgegeven, verloopt inmiddels goed. Aangegeven is dat de GGZ hier nog additionele aandacht behoeft (zie pagina 31).

Het doet mij genoegen dat de onderzoekers melden dat de inspanningen die het CVZ door de jaren heen op het vlak van de informatievoorziening heeft verricht, inmiddels als goed worden ervaren. Onderzoekers geven aan dat de GGZ hier nog additionele aandacht behoeft.

Het CVZ geeft in de vijfde monitor (april 2011) aan tot op heden veertig instellingen te hebben gecontracteerd voor de levering van GGZ-zorg aan de doelgroep. Als bijzonderheid meldt het CVZ hierbij dat de overeenkomsten zowel betrekking hebben op AWBZ-zorg als op Zvw-zorg. De stijgende uitgaven voor deze zorgvorm lijken aan te geven dat de bekendheid met de bijdrageregeling, en daarmee de informatievoorziening aan GGZ-instellingen, inmiddels op de goede weg is. Desalniettemin heeft het CVZ aangegeven nog extra aandacht te besteden aan voorlichting voor deze instellingen. Het CVZ zal daarbij vooral ook wijzen op de informatie die op de eigen website van het CVZ over dit onderwerp beschikbaar is.

• Enkele zorgaanbieders hebben aangegeven de gegevensverzameling, ten behoeve van de declaratieformulieren van het CVZ, als een onnodige belasting te ervaren (zie pagina 32).

In artikel 122a Zvw is bepaald dat een zorgaanbieder die voor een bijdrage in aanmerking wenst te komen bij ministeriële regeling te bepalen gegevens levert. Het betreft gegevens die noodzakelijk zijn om het recht op en de omvang van een bijdrage te kunnen vaststellen. Dit zijn gegevens die betrekking hebben op de geleverde zorg. Het betreft de prestatiebeschrijving, het in rekening gebrachte tarief daarvoor, het door de patiënt zelf betaalde deel van de rekening en de datum van de geleverde zorg. Verder gegevens betreffende de patiënt, te weten, de leeftijd, de nationaliteit, initialen en het geslacht. De in de Regeling zorgverzekering (artikel 7a) neergelegde gegevens zijn naar mijn mening beperkt.

Wanneer zorgaanbieders een bijdrage vragen op grond van artikel 122a moeten zij deze gegevens aanleveren. Ik vind het leveren van gegevens betreffende de geleverde prestatie, het tarief en het door de patiënt zelf betaalde deel van de rekening zonder meer noodzakelijk. De gegevens betreffende de patiënt zoals hierboven vermeld acht ik eveneens van groot belang om zeker te stellen dat de zorgaanbieder voor zover mogelijk heeft vastgesteld dat hij medisch noodzakelijke zorg heeft geleverd aan een illegaal of andere onverzekerbare vreemdeling en niet aan een onverzekerde verzekeringsplichtige die heeft nagelaten een zorgverzekering af te sluiten.