



## Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 19 december 2017, kenmerk 1248392-169678-Z, houdende wijziging van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met diverse aanpassingen

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

Besluit:

### ARTIKEL I

De Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden wordt gewijzigd als volgt:

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel b van artikel 1 door een puntkomma, worden vier onderdelen toegevoegd, luidende:

- c. *SEH*: acuut noodzakelijke geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden op een spoedeisende hulplocatie (SEH-locatie) van een ziekenhuis;
- d. *acute GGZ in een crisissituatie*: gespecialiseerde klinische en ambulante geestelijke gezondheidszorg in een crisissituatie;
- e. *ambulancevervoer*: spoedvervoer (A1-/A2-rit) per ambulance, bedoeld in de Tariefbeschikking regionale ambulancevoorzieningen van de Nederlandse Zorgautoriteit;
- f. *farmaceutische zorg*: farmaceutische zorg, voor zover verleend binnen één maand na SEH, acute GGZ in een crisissituatie of ambulancevervoer, bedoeld in voorgaande onderdelen.

B

Artikel 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het vijfde lid wordt 'binnen 24 uur' vervangen door: binnen zeven dagen.
2. Onder vernummering van het zesde en zevende lid tot zevende en achtste lid wordt een lid ingevoegd, luidende:
  6. Indien binnen een tijdsbestek van één maand bij eenzelfde onverzekerde persoon medisch noodzakelijke zorg wordt verleend kan een zorgaanbieder volstaan met een melding als bedoeld in het vijfde lid, van de eerste verrichte zorghandeling.
3. Aan het zevende lid (nieuw) wordt bij een volzin toegevoegd, luidende: De melding wordt zo mogelijk elektronisch ingediend via het portaal [www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl](http://www.meldpuntonverzekerdenzorg.nl).

C

Na artikel 3 wordt een nieuw artikel ingevoegd, luidende:

#### Artikel 3a

In afwijking van artikel 3, eerste lid, kan de Minister subsidie verstrekken aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde, die niet verzekeringsplichtig is of waarvan de verzekeringsplicht niet is vast te stellen, uitsluitend indien de verleende zorg SEH, acute GGZ in een crisissituatie, ambulancevervoer of farmaceutische zorg betreft.

D

Artikel 6 wordt als volgt gewijzigd:



---

1. In het zesde lid wordt, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel f door een puntkomma, een onderdeel toegevoegd, luidende:

- g. in geval van meerdere zorghandelingen binnen een tijdsbestek van één maand, bedoeld in artikel 3, zesde lid, het meldingsnummer van de bij de desbetreffende persoon verrichte eerste zorghandeling.

2. Onder vernummering van het zevende lid tot het achtste lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

- 7. In afwijking van het zesde lid, onder d, worden indien de aanvraag SEH, acute GGZ in een crisissituatie, ambulancevervoer of farmaceutische zorg betreft, bedoeld in artikel 3a, bij de aanvraag tenminste de leeftijd of geboortejaar, initialen, nationaliteit en geslacht van de desbetreffende onverzekerde persoon verstrekt.

## **ARTIKEL II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

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

*De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins*



## TOELICHTING

### Algemeen

Op 1 maart 2017 is de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (hierna: de Subsidieregeling) in werking getreden. De Subsidieregeling is ingezet ter ondersteuning van de aanpak van personen met verward gedrag en is bedoeld om financiële belemmeringen voor het verstrekken van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde personen weg te nemen.

De Subsidieregeling werkte in grote lijnen als volgt.

Een eerste vereiste voor subsidiëring was tot nu toe dat de zorgaanbieder meldt dat zorg aan een onverzekerde persoon is verleend binnen 24 uur aan de regionale GGD (conform artikel 3, vijfde lid). De melding is primair bedoeld om gemeenten in staat te stellen snel te acteren als het gaat om het verder helpen van een dak- en thuisloze of verwarde persoon. Daarbij is vooral van belang om de mensen die verzekerd kunnen worden, ook te helpen een verzekering te sluiten, zodat vervolghulp niet meer ten laste komt van de Subsidieregeling, maar ten laste van de zorgverzekering. In een aantal gevallen is daarvoor ook nodig dat mensen een inschrijving in de Basisregistratie Personen krijgen omdat anders geen zorgverzekering kan worden afgesloten. Gemeenten en GGD'en geven zelf invulling aan de wijze waarop dit georganiseerd wordt.

Een tweede punt is dat er tot nu toe alleen subsidie wordt verstrekt aan een onverzekerde verzekeringsplichtige. De achterliggende gedachte hierbij is dat de problematiek van personen met verward gedrag (en dak- en thuislozen) vooral mensen betreft die in Nederland wonen maar zich om uiteenlopende redenen niet hebben verzekerd. Om aanzuigende werking van de Subsidieregeling te voorkomen is bij de totstandkoming van de Subsidieregeling besloten de doelgroep te beperken tot onverzekerde verzekeringsplichtigen. Het gevolg van deze keuze is geweest dat voor het beoordelen van de verzekeringsplicht persoonsgegevens verstrekt moeten worden. In combinatie met medische gegevens mogen persoonsgegevens alleen verstrekt worden als de patiënt toestemming geeft deze gegevens te verstrekken. Als deze gegevens niet worden verstrekt kan de identiteit van de patiënt niet worden vastgesteld en daarmee evenmin de verzekeringsplicht. De subsidieaanvraag wordt dan afgewezen.

Een derde punt betreft de meldingsplicht van de zorgaanbieder bij de regionale GGD voor elke afzonderlijke zorgverrichting. Na afloop van het kwartaal kan bij het CAK tot uiterlijk binnen 3 maanden een subsidieaanvraag worden ingediend in verband met het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde persoon. De zorgaanbieder dient elke zorgverrichting die wordt opgevoerd afzonderlijk te melden bij de GGD. Gebleken is dat deze eis leidt tot een veelvoud aan meldingen voor verleende zorg aan een en dezelfde persoon en tot relatief veel administratieve lasten.

Van ziekenhuizen, ggz-instellingen, GGZ Nederland en gemeenten zijn signalen ontvangen dat de genoemde voorwaarden als belangrijk knelpunt voor de werking van de Subsidieregeling worden gezien. Om deze reden heb ik besloten de subsidieregeling op de volgende punten aan te passen.

### Artikelsgewijs

#### Artikel I

##### *1. Melding bij de GGD binnen zeven (kalender)dagen.*

Met name bij spoedeisende zorg, (SEH, crisis-ggz, ambulancediensten en farmaceutische zorg) is de gestelde termijn voor de melding bij de GGD (binnen 24 volgende op de dag dat de zorg is verleend) niet werkbaar gebleken. De melding wordt in de regel gedaan door verpleegkundigen of administratieve ondersteuning en niet door de zorgaanbieder zelf. De administratieve verwerking kost tijd en in de weekeinden is deze termijn in geen geval haalbaar. De termijn van zeven (kalender)dagen wordt door vrijwel alle geraadpleegde zorgaanbieders haalbaar geacht. Uit een oogpunt van eenduidige uitvoering heeft het CAK geadviseerd één termijn voor alle zorgaanbieders te hanteren. Daarnaast is uit het oogpunt van een vereenvoudigde uitvoering gekozen voor kalenderdagen: zaterdag, zondag en algemeen erkende feestdagen zijn in deze termijn inbegrepen. Hiermee is beoogd zorgverleners effectief vijf werkdagen te geven om de beoogde administratieve handelingen te verrichten.

In verband met deze wijziging zijn in artikel I de onderdelen c tot en met f toegevoegd (onderdeel A). Het gaat om de definities van 'SEH', 'acute GGZ in een crisissituatie', 'ambulancevervoer' en 'farma-



cutische zorg'. Bij al deze vier vormen van zorg gaat het om acute situaties, derhalve spoedeisende zorg.

Acute GGZ in een crisissituatie omvat crisis-dbc's (beoordelingen van de crisisdienst of iemand moet worden opgenomen) en (kort) verblijf in een crisiscentrum, opname binnen een GGZ-instelling in zowel een open als gesloten afdeling (in verband met de veiligheid van de patiënt of zijn omgeving; dit verblijf wordt weergegeven naar zorgzwaarte (bedletters H tot en met C) en ambulante zorg die voortvloeit uit een crisis.

Farmaceutische zorg omvat in de regel ook reguliere, niet spoedeisende zorg. Voor farmaceutische zorg die samenhangt met spoedeisende situaties is dit in de definitiebepaling nader omschreven. Het gaat in deze gevallen om farmaceutische zorg die is verleend binnen één maand nadat spoedeisende zorg (SEH, acute GGZ in een crisissituatie of ambulancevervoer) is verleend. Hierbij wordt aangenomen dat de spoedeisendheid aanwezig is indien de farmaceutische zorg wordt verleend binnen één maand na een spoedeisende situatie. Wat dit betekent voor de uitvoering is hierna beschreven onder 2.

In artikel 3 is het vijfde lid aangepast (onderdeel B, onder 1), zodat een zorgaanbieder voortaan binnen zeven (kalender)dagen melding dient te maken van verleende zorg aan een onverzekerde persoon bij de GGD.

## *2. Beperkte verstrekking persoonsgegevens bij spoedeisende zorg.*

Veel ziekenhuizen, GGZ Nederland en een aantal ggz-instellingen hebben gesignaleerd dat het verkrijgen van toestemming van de patiënt om persoonsgegevens te verstrekken zeer tijdrovend is en veel beslag legt op de zorgaanbieder of de administratie en dat een groot deel van de patiënten binnen de doelgroep van onverzekerde en verwarde personen om uiteenlopende redenen geen toestemming geeft om zijn of haar persoonsgegevens te verstrekken.

De persoonsgegevens zijn nodig om de identiteit van betrokkene vast te stellen en daarmee diens verzekeringsplicht. Daartoe dienen de naam, geslacht, geboortedatum, de nationaliteit en het burgerservicenummer van de onverzekerde persoon te worden verstrekt bij de aanvraag. Omdat het gaat om tot de persoon herleidbare gegevens en het CAK ook moet vaststellen voor het verlenen van welke zorg de subsidie wordt aangevraagd, leidt deze combinatie van gegevens ertoe dat deze gegevens alleen verstrekt mogen worden als door de patiënt toestemming wordt verleend. Hoewel persoonsgegevens niet direct bij de melding hoeven te worden verstrekt blijkt het in de praktijk niet goed mogelijk om deze gegevens later aan te vullen. De patiënt is niet meer in zicht, is huiverig om toestemming te verlenen of heeft er geen belang meer bij om gegevens te verstrekken. Voor zover wel toestemming wordt verleend om persoonsgegevens te verstrekken is onduidelijk of deze toestemming wel altijd uit vrije wil wordt gegeven. Een aantal ziekenhuizen heeft ook aangegeven dat mede om deze reden voor spoedeisende hulp wordt afgezien van het aanvragen van subsidie op basis van de Subsidieregeling.

Ook is gesignaleerd dat vervolgzorg (medicatie, revalidatie) in die gevallen moeilijk is te verkrijgen en dat dit kan leiden tot extra ligdagen.

Omdat het toestemmingsvereiste in de praktijk problemen oplevert heb ik besloten om de verstrekking van de persoonsgegevens (bedoeld in artikel 6, onderdeel d, van de Subsidieregeling) achterwege te laten voor een aantal bijzondere vormen van zorg: de acuut noodzakelijke geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden op een spoedeisende hulplocatie van een ziekenhuis (SEH), gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg in een crisissituatie (acute GGZ), spoedvervoer (A1-/A2-rit) per ambulance en gerelateerde farmaceutische zorg.

Dit betekent dat indien de patiënt geen toestemming wil geven of niet begrijpt waarvoor de toestemming nodig is, kan worden volstaan met vermelding van initialen en leeftijd of geboortjaar in plaats van naam en geboortedatum. Dit is in artikel 6, in het nieuwe zevende lid, van de Subsidieregeling geregeld. Voor het verstrekken van deze gegevens is geen toestemming nodig. In dat geval zijn de medische gegevens immers niet herleidbaar en is geen sprake van persoonsgegevens. Het verkrijgen van toestemming is (op het aanvraagformulier) geformuleerd als een inspanningsverplichting en het blijft nadrukkelijk de bedoeling dat zorgaanbieders enige moeite doen toestemming te krijgen om gegevens van de desbetreffende onverzekerde wel te verstrekken.

Mocht zich de situatie voordoen dat betrokkene toch geen toestemming wil verlenen, dan heeft dat voor de genoemde zorgvormen niet de consequentie dat geen subsidie kan worden verstrekt.

Indien in deze gevallen geen persoonsgegevens worden verstrekt, betekent dit dat niet meer kan worden vastgesteld of de verleende zorg is gegeven aan een verzekeringsplichtige. Daarom is voor deze zorgvormen ook de voorwaarde vervallen dat het moet gaan om zorg aan een onverzekerde *verzekeringsplichtige* persoon.

Hoewel ook door andere zorgaanbieders gesignaleerd wordt dat toestemming niet altijd verleend wordt, vind ik het nog steeds noodzakelijk om aanzuigende werking ten laste van de Subsidieregeling tegen te gaan. De onderhavige wijziging van de Subsidieregeling is derhalve beperkt tot de zorgvormen waarbij het verstrekken van persoonsgegevens in de praktijk de meeste problemen geeft en de



financiële belemmering om zorg te verlenen reëel aanwezig is.

Ook met het oog op deze wijziging – beperkte verstrekking persoonsgegevens bij spoedeisende zorg – zijn in artikel 1 de onderdelen c tot en met f toegevoegd (onderdeel A). Daarnaast is het nieuwe artikel 3a ingevoegd (onderdeel C), waarin is bepaald dat subsidie kan worden verstrekt aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde persoon die ofwel niet verzekeringsplichtig is, ofwel waarvan de verzekeringsplicht niet is vast te stellen omdat hij of zij geen toestemming geeft voor het verstrekken van zijn of haar gebruikelijke persoonsgegevens. Subsidie kan dan uitsluitend worden verstrekt in geval van de bedoelde vormen van spoedeisende zorg (SEH, acute GGZ in een crisissituatie, ambulancevervoer en gerelateerde farmaceutische zorg). In artikel 6 is een nieuw zevende lid ingevoegd (onderdeel D, onder 2), waarin wordt bepaald welke persoonsgegevens bij een subsidieaanvraag voor het verlenen van dergelijke zorg wel moeten worden verstrekt.

Voor de farmaceutische zorg -indien geen toestemming is verleend voor het verstrekken van de gebruikelijke persoonsgegevens- betekent dit dat alleen die zorg verleend binnen één maand na de spoedeisende zorg (SEH, acute GGZ in een crisissituatie, ambulancevervoer) subsidiabel is. Alsdan kan ook in deze gevallen worden volstaan met de beperkte set van persoonsgegevens. Om te kunnen controleren of sprake is van een verband met voornoemde spoedeisende zorg moet de zorgverlener het eerdere meldnummer van de SEH, acute GGZ in een crisissituatie of ambulancevervoer bij zijn aanvraag vermelden. Gezien de samenloop met hetgeen bij de wijziging onder 3 is opgenomen, betekent dit ook dat geen nieuwe melding bij de GGD gedaan hoeft te worden. Is de voorafgaande zorg geen SEH, acute GGZ in een crisissituatie of ambulancevervoer, dan geldt voor de farmaceutische zorg dat zonder bovengenoemde toestemming én zonder volledige set van persoonsgegevens geen verzekeringsplicht kan worden vastgesteld, zodat dus geen subsidie kan worden verstrekt.

### *3. Eenmalige meldingsplicht bij samenhangende zorgverrichtingen*

Uitgangspunt van de Subsidieregeling is dat elke zorghandeling afzonderlijk moet worden gemeld. Bij de totstandkoming van de Subsidieregeling is er van afgezien om 'vervolgzorg' of 'samenhangende zorg' te omschrijven vanwege bezwaren om dit juridisch goed te kunnen duiden. Gebleken is dat deze keuze heeft geleid tot een veelvoud aan meldingen voor verleende zorg aan dezelfde persoon en tot relatief veel administratieve lasten.

Om deze reden wordt er met de onderhavige wijzigingsregeling in voorzien dat kan worden volstaan met een enkele melding indien aan één en dezelfde persoon binnen een tijdsbestek van één maand medisch noodzakelijke zorg wordt verleend. Er is van afgezien om een afwegingselement als voorwaarde op te nemen, bijvoorbeeld dat de zorg 'in redelijkheid' moet zijn te herleiden naar het zorgtraject van de eerste zorghandeling. In plaats daarvan wordt een tijdsperiode gehanteerd waarbinnen de zorg geacht wordt een samenhangende zorgverrichting te zijn of zorg die noodzakelijkerwijs over een langere periode moet worden verleend. Met één maand wordt in deze regeling een tijdsperiode aangeduid die begint te lopen op de (eerste) meldingsdatum. Voorbeelden: van 1 januari tot 1 februari, van 15 maart tot 15 april, van 1 juni tot 1 juli, van 22 oktober tot 22 november. Als de melding is gedaan op de laatste dag van de maand telt de periode de volgende maand uit: van 31 januari tot en met 28 of 29 februari, van 28 of 29 februari tot en met 31 maart, van 31 maart tot en met 30 april, van 30 april tot en met 31 mei, van 30 juni tot en met 31 juli enzovoorts.

Een zorgaanbieder dient wel de eerste keer dat aan een onverzekerde persoon zorg wordt verleend dit binnen zeven dagen te hebben gemeld, maar hoeft niet opnieuw een melding te doen als in de daarop volgende maand opnieuw medisch noodzakelijke zorg wordt verleend. Wel is voorwaarde dat de zorgaanbieder bij de subsidieaanvraag voor de verleende vervolgzorg het meldingsnummer van de initiële melding (eerste zorghandeling) vermeldt, zodat controleerbaar is dat de latere zorgdeclaraties zijn gekoppeld aan de eerste melding.

Naar aanleiding van de eerste melding kan de gemeente bezien of aan deze persoon vervolghulp kan worden gegeven. Indien na het verstrijken van de dertig dagen opnieuw zorg wordt verleend aan dezelfde persoon dient een nieuwe melding te worden gedaan.

De regeling maakt mogelijk dat voor vervolgzorg of samenhangende zorg gegeven door dezelfde -of door een andere- zorgaanbieder niet een afzonderlijke melding hoeft te worden gedaan. Voor zorg verleend in ziekenhuizen of ggz-instellingen instellingen, maar ook bijvoorbeeld door een straatdokter of apotheker kan dan bij de declaratie gebruik worden gemaakt van het meldingsnummer van de eerder verleende zorg.

Voorbeeld 1: Op de SEH wordt zorg verleend aan een onverzekerde persoon. De administratie van het ziekenhuis meldt de op de SEH gegeven zorg binnen zeven dagen bij het meldpunt. De desbetreffende patiënt wordt opgenomen, krijgt medicatie en er blijkt vervolgzorg nodig. Er zijn drie dbc's geopend.



Twee weken later wordt de patiënt ontslagen en worden medicijnen voorgeschreven. Bij het declareren van de medicatie, de vervolgzorg en de medicatie bij ontslag kan het meldingsnummer dat is ontvangen naar aanleiding van melding van de initiële zorg op de SEH worden gebruikt. Voorbeeld 2: een apotheker verstrekt aan een onverzekerde persoon methadon en anti-psychosemedicijnen die over langere tijd gebruikt moeten worden. Hij hoeft voor uitgifte van medicijnen binnen de termijn van één maand maar één (tijds) melding te doen. Voorbeeld 3: een straatdokter verleent zorg en schrijft medicatie voor. Met de naastgelegen apotheker zijn afspraken gemaakt over doorverwijzing. De straatdokter verstrekt het meldingsnummer aan de apotheker of de apotheker vraagt het meldingsnummer op en gebruikt dit meldingsnummer bij de declaratie.

Indien na het verstrijken van een periode van één maand opnieuw zorg wordt verleend aan dezelfde persoon dient altijd een nieuwe melding te worden gedaan.

In verband met deze wijziging is in artikel 3 een nieuw zesde lid ingevoegd (onderdeel B, onder 2), op grond waarvan een zorgaanbieder die bij eenzelfde onverzekerde persoon medisch noodzakelijke zorg verleent kan volstaan met de eerste melding bij de GGD, bedoeld in het vijfde lid.

Aan artikel 6, zesde lid, is een nieuw onderdeel g toegevoegd (onderdeel D, onder 1), waaruit volgt dat bij een subsidieaanvraag in geval van meerdere zorghandelingen binnen een tijdsbestek van een maand het meldingsnummer van de eerste melding moet worden vermeld.

Ten slotte wordt er in voorzien dat zorgaanbieders zo mogelijk gebruik maken van het meldingsportal, dat speciaal voor deze Subsidieregeling is ingericht. Voor toegang tot het portal is gebruik van een UZI-pas vereist. Een UZI-pas wordt gebruikt in de zorg om de unieke identificatie van zorgaanbieders mogelijk te maken. GGD GHOR Nederland heeft aangegeven te werken aan een alternatieve inlogmogelijkheid voor het portal zonder gebruik van een UZI-pas. De verwachting is dat dit gereed is bij het inwerkingtreden van de gewijzigde regeling.

In verband met deze wijziging is aan artikel 3, het nieuwe zevende lid, een volzin toegevoegd (onderdeel B, onder 3).

## **Artikel II**

De onderhavige wijzigingsregeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

*De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins*