



## **Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 februari 2019, kenmerk 1469580-186160-Z, houdende wijziging van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met het vervallen van de verzekeringsplicht en enkele andere wijzigingen**

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

Besluit:

### **ARTIKEL I**

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

A

Artikel 1 wordt gewijzigd als volgt:

1. De onderdelen b tot en met f vervallen.
2. De aanduiding 'a.' voor onderdeel a vervalt, onder vervanging van de puntkomma aan het slot van onderdeel a door een punt.

B

Artikel 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid, wordt 'een onverzekerde verzekeringsplichtige' vervangen door 'een persoon, niet zijnde een vreemdeling als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, die niet verzekerd is of waarvan de verzekering niet is vast te stellen'.
2. In het vierde lid, onderdeel a, wordt na 'de onverzekerde persoon' ingevoegd ', bedoeld in het eerste lid'.
3. In het vijfde lid wordt na 'een onverzekerde' ingevoegd 'persoon'.
4. Onder vernummering van het zevende en achtste lid tot achtste en negende lid wordt een lid ingevoegd, luidende:
  7. Een melding als bedoeld in het vijfde lid wordt verondersteld tijdig te zijn gedaan, indien uit de verzekerdenadministratie, dan wel uit de administratie van de zorgaanbieder, blijkt dat op de dag dat de zorg werd verleend, deze persoon verzekerd was, maar nadien de ingangs- of einddatum van de desbetreffende verzekering op een andere datum is vastgesteld en deze persoon achteraf niet verzekerd blijkt te zijn geweest op de dag dat de zorg werd verleend.

C

Artikel 3a vervalt.

D

In artikel 4 wordt 'verzekeringsplichtige' vervangen door 'persoon'.

E

Artikel 6 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het vierde lid wordt 'drie maanden' telkens vervangen door 'twaalf maanden'.



---

2. In het zesde lid, onder verlettering van onderdeel e, f en g tot onderdeel f, g en h, komen de onderdelen d, e en g te luiden:

- d het burgerservicenummer van de onverzekerde persoon;
- e. naam, geslacht, geboortedatum en nationaliteit van de onverzekerde persoon;
- g. het registratienummer en de datum van de melding aan de gemeentelijke geneeskundige dienst;

3. Het zevende lid komt te luiden:

- 7. Indien de subsidieaanvrager de toestemming die noodzakelijk is voor de verwerking van de in het zesde lid, onder e, bedoelde gegevens niet heeft kunnen verkrijgen, worden in plaats van deze gegevens de leeftijd of het geboortjaar, de initialen, de nationaliteit en het geslacht van de onverzekerde persoon verstrekt.

## **ARTIKEL II**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 maart 2019 en werkt ten aanzien van artikel I, onderdelen A, B, onder 1 en 4, C, en E, onder 3, terug tot en met 1 maart 2018.

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

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis*



## TOELICHTING

### Algemeen

Op 1 maart 2017 is de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (hierna: 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 subsidie wordt verstrekt voor financiering van zorg aan een onverzekerde verzekeringsplichtige, en met ingang van 1 maart 2018 is dit uitgebreid met financiering van spoedeisende zorg aan een onverzekerde, niet verzekeringsplichtige persoon, die niet een vreemdeling is als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet.

Om aanzuigende werking van de subsidieregeling te voorkomen is bij de totstandkoming van de subsidieregeling besloten de doelgroep te beperken tot onverzekerde verzekeringsplichtigen. Het beeld van een aanzuigende werking ligt bij de doelgroep van personen aan wie zorg wordt gegeven niet voor de hand. Het gaat in merendeel om dak- en thuislozen en personen met verward gedrag. Een groot deel van deze groep komt via straatdokers bij zorgverleners terecht, of omdat een persoon door interventie van politie of andere zorgverleners via spoedeisende ziekenhuiszorg of crisiszorg in beeld komt.

Omdat in de praktijk is gebleken dat juist van deze doelgroep de verzekeringsplicht zeer moeilijk is vast te stellen, heb ik besloten de tot nu toe geldende voorwaarde van de verzekeringsplicht (dat het moet gaan om zorgverlening aan een onverzekerde persoon die verzekeringsplichtig is) te laten vervallen, met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018.

Dit betekent dat declaraties voor niet-spoedeisende zorg die zijn afgewezen omdat de desbetreffende personen niet verzekeringsplichtig waren, voor zorg geleverd vanaf 1 maart 2018, alsnog zullen worden vergoed. De mogelijkheid van vergoeding sluit daarbij aan bij de eerdere wijziging van de subsidieregeling met ingang van 1 maart 2018, waarbij deze voorwaarde van de verzekeringsplicht voor spoedeisende zorg al is vervallen.

In verband met deze wijziging heb ik in artikel 3 de kring van de met het oog op de subsidiëring beoogde onverzekerde personen aangepast. In verband daarmee is ook artikel 4 gewijzigd. Daarnaast wijzigt ook artikel 6, zevende lid, omdat door het vervallen van de verzekeringsplicht voortaan beperkter gegevens kunnen worden verstrekt ter controle van de aanvraag. Artikel 3a is komen te vervallen, nu de verzekeringsplicht niet langer alleen bij spoedeisende zorg bestaat.

De overige wijzigingen zien op herstel van een technische onvolkomenheid bij de uitvoering van de controle op het verzekeringsrecht, op enkele verbeteringen in de uitvoering.

### Artikelsgewijs

#### Artikel 1

In artikel 1 zijn de meeste definities komen te vervallen ('verzekeringsplichtige', 'SEH', 'acute GGZ in een crisissituatie', 'ambulancevervoer' en 'farmaceutische zorg'). Nu de verzekeringsplicht voor alle vormen van zorg is losgelaten, zijn de bepalingen die spoedzorg betroffen komen te vervallen en daarmee ook de bijbehorende begrippen.

In artikel 3, eerste lid, is nadrukkelijk tot uiting gebracht dat deze subsidieregeling niet is bedoeld voor onverzekerbare vreemdelingen. Voor de financiering van zorg aan de laatstgenoemde groep bestaat er immers reeds een afzonderlijke wettelijke regeling.

Daarnaast is in het eerste lid voorzien in de situatie dat niet kan worden vastgesteld dat iemand verzekerd is, omdat van deze persoon geen persoonsgegevens of burgerservicenummer bekend zijn.

In artikel 3 is verder een nieuw lid toegevoegd, dat ziet op het volgende.

Omdat op grond van artikel 3, vierde lid, onder b, van de subsidieregeling, vergoeding van zorg aan een verzekerde persoon is uitgesloten, controleren zorgaanbieders of een persoon verzekerd is. Zij doen daarvoor een controle in het verzekerdersysteem van de zorgverzekeraars (cov). Indien de zorgaanbieder vaststelt dat een persoon aan wie zorg is verleend, verzekerd is ingevolge de Zorgverzekeringswet, zal hij geen melding bij de gemeentelijke geneeskundige dienst doen in het kader van artikel 3, zesde lid, van de subsidieregeling.

In de praktijk komt in bijzondere situaties voor dat zorgverzekeraars de ingangs- of einddatum datum van de zorgverzekering van een persoon met terugwerkende kracht aanpassen, waardoor een persoon alsnog niet verzekerd blijkt op de dag dat de zorg werd verleend. Indien deze situatie zich voordoet zou de zorgaanbieder niet hebben voldaan aan de zojuist genoemde meldingsplicht bij de GGD.



Omdat ik in een dergelijke uitzonderlijke situatie de zorgaanbieder niet wil tegenwerpen dat geen melding is gedaan bij de GGD, regelt het nieuwe zevende lid het volgende. De vereiste melding bij de GGD wordt verondersteld tijdig te zijn gedaan, indien uit de administratie van het CAK of uit de administratie van de zorgverlener blijkt dat een persoon op de dag dat de zorg werd verleend verzekerd was, maar nadien de ingangs- of einddatum van de desbetreffende verzekering met terugwerkende kracht is aangepast en de persoon in kwestie achteraf gezien niet verzekerd was op de dag van de zorgverlening.

Bij de declaratie dient de zorgaanbieder relevante bewijsstukken uit diens administratie mee te sturen. Deze wijziging van de subsidieregeling werkt terug tot 1 maart 2018.

De wijziging van artikel 4 sluit aan bij de wijziging van de kring personen aan wie zorg wordt gegeven.

Met de wijziging van artikel 6, vierde lid, wordt de termijn waarbinnen de zorgaanbieder een declaratie kan indienen verlengd. Achterliggende reden hiervan is dat zorgaanbieders geen gebruik kunnen maken van de subsidieregeling als betrokkene zelf de kosten van de zorg kan betalen. Zorgaanbieders zijn niet gehouden -en ook niet bij machte- om dit te controleren. Dit betreft derhalve een inspanningsverplichting, die in beginsel kan worden vervuld door aan de patiënt te vragen of hij kan betalen. Evenwel komt ook voor -met name bij de tweedelijnszorg- dat de rekening aan de patiënt wordt meegegeven. De zorgaanbieder stuurt dan veelal ook een betalingsherinnering. In die situatie kan de termijn om binnen drie maanden te declareren, te kort blijken. De verlenging van de termijn voorziet er in rekening te houden met inspanningen van de zorgaanbieder om te trachten de kosten te verhalen, zodat een declaratie niet wordt afgewezen omdat deze te laat is ingediend. De termijn van twaalf maanden sluit aan bij het door het CAK gebruikte administratieve systeem.

De wijziging van artikel 6, zesde lid, ziet op het verwerken van het burgerservicenummer (bsn). Het gebruik van het bsn is, anders dan de overige persoonsgegevens, niet afhankelijk van toestemming, maar is gebaseerd op een wettelijke grondslag. Om dit expliciet te duiden zijn de onderdelen d en e gewijzigd. Het CAK dient vast te stellen dat een persoon aan wie zorg is verleend niet verzekerd is en doet dat aan de hand van het bsn. Indien het bsn bekend is dient bij de declaratie altijd het bsn verstrekt te worden. Ik ben voornemens de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg daartoe te wijzigen<sup>1</sup>. Binnen de zorgsector is gebruik van het bsn al langer voorgescreven.

Onderdeel g is aangepast omdat weliswaar geregeld was dat bij de declaratie ook de datum van de melding dient te worden verstrekt, maar nog niet dat ook het meldingsnummer dat bij de melding automatisch gegenereerd wordt, dient te worden vermeld. Dit is staande praktijk sinds de inwerking-treding van de subsidieregeling.

Met de wijziging van artikel 6, zevende lid, wordt de verplichting om bij de aanvraag gegevens van de onverzekerde persoon te verstrekken gewijzigd in een inspanningsverplichting om toestemming te verkrijgen. Door het vervallen van de voorwaarde van de verzekeringsplicht is het verstrekken van persoonsgegevens niet langer nodig voor dit doel en vervalt de verplichting om de naam, het geslacht, de geboortedatum en de nationaliteit te verstrekken. Omdat deze gegevens worden gebruikt voor controledoelinden is het wenselijk deze gegevens te verstrekken als de patiënt toestemming heeft gegeven.

Indien de patiënt desgevraagd geen toestemming verleent, behoeft slechts een beperkt aantal gegevens, te weten de leeftijd of het geboortjaar, de initialen, de nationaliteit en het geslacht van de onverzekerde persoon verstrekt te worden, zo bepaalt het nieuwe zevende lid. Deze gegevens gebruikt het CAK voor controle. Voor het verstrekken van deze gegevens is geen toestemming van de patiënt nodig. Ook deze wijziging werkt terug tot 1 maart 2018.

## **Artikel II**

De wijzigingen van artikel 1, artikel 3 en artikel 6, zevende lid, treden in werking met ingang van 1 maart 2019 en werken terug tot 1 maart 2018.

Met deze datum van inwerking-treding wordt afgeweken van de vaste verandermomenten bij ministeriële regelingen, maar wordt aangesloten bij de vorige wijziging van de subsidieregeling, die op 1 maart 2018 in werking trad en waarbij de verzekeringsplicht voor spoedeisende zorg is komen te vervallen. Voor terugwerkende kracht is gekozen om declaraties die het afgelopen jaar zijn afgewezen

<sup>1</sup> Wetsvoorstel wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en enige andere wetten in verband met het controleren van de verzekeringsplicht voor de zorgverzekering en het regelen van de verwerking van gepseudonimiseerde persoonsgegevens door Onze Minister voor Medische Zorg, het Zorginstituut Nederland en het RIVM (*Kamerstukken II 2018/19, 35044*).



---

op het punt van de verzekeringsplicht, alsnog te kunnen vergoeden.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
P. Blokhuis*