



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 4 april 2022, kenmerk 3344349-1026981-Z, houdende de wijziging van de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden in verband met de toestroom van vluchtelingen uit Oekraïne

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 3 van de Kaderwet VWS-subsidies;

Besluit:

In de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden worden de volgende wijzigingen aangebracht:

ARTIKEL I

A

Artikel 3 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het vijfde lid komt te luiden:

5. De zorgaanbieder meldt de zorg aan een onverzekerde persoon zo spoedig mogelijk aan de gemeentelijke geneeskundige dienst in de regio van de zorgaanbieder, waarna een meldingsnummer wordt verkregen.

2. Onder vernummering van het negende lid tot het tiende lid, wordt een nieuw lid ingevoegd, luidende:

9. In het formulier, bedoeld in het achtste lid, worden ten minste de volgende gegevens opgenomen:
 - a. de leeftijd of het geboortjaar, de initialen, de nationaliteit en het geslacht van de onverzekerde persoon;
 - b. het burgerservicenummer van de onverzekerde persoon, tenzij dit niet beschikbaar is.

Na artikel 3 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3a

In afwijking van artikel 3, vierde lid, onderdelen a en b, kan subsidie worden verstrekt voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een persoon, waarop de Richtlijn 2001/55/EG van de Raad van 20 juli 2001 betreffende minimumnormen voor het verlenen van tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom van ontheemden en maatregelen ter bevordering van een evenwicht tussen de inspanning van de lidstaten voor de opvang en het dragen van de consequenties van de opvang van deze personen, van toepassing is, zonder na te gaan of:

- a. de kosten voor de verleende zorg op de onverzekerde persoon, bedoeld in artikel 3, eerste lid, kunnen worden verhaald;
- b. de kosten voor de verleende zorg op grond van een andere wettelijke regeling of op grond van een verzekering tegen ziektekosten kunnen worden vergoed.

C

Artikel 6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het vierde lid wordt toegevoegd: 'Het formulier wordt zo mogelijk elektronisch ingediend'.

2. Het vijfde lid, onder e, komt te luiden:

- e. de leeftijd of het geboortjaar, de initialen, de nationaliteit en het geslacht van de onverzekerde persoon;



3. Het zesde lid vervalt, onder vernummering van het zevende tot het zesde lid.

ARTIKEL II

Deze regeling treedt inwerking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 maart 2022.

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

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers*



TOELICHTING

Aanleiding

Door de grote stroom vluchtelingen uit Oekraïne is de vraag aan de orde gekomen hoe medisch noodzakelijke zorg aan deze groep verstrekt kan worden en meer in het bijzonder hoe deze zorg kan worden gefinancierd zonder de rekening van de kosten van de zorg bij zorgaanbieders te leggen. In de regel zal een vluchteling niet vooraf een verblijfstatus kunnen aanvragen. Dat betekent praktisch gezien dat vluchtelingen die in Nederland aankomen in het algemeen twee opties hebben: asielaanvragen of zonder verblijfstatus in Nederland verblijven. Voor de groep die asiel aanvraagt, wordt na inschrijving bij het COA de medische zorg gefinancierd vanuit de Regeling Medische Zorg Asielzoekers.

De subsidieregeling sluit expliciet financiering van medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen uit. Financiering voor medisch noodzakelijke zorg aan deze groepen vreemdelingen is geregeld in artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.

Bijzonder aan de groep vluchtelingen uit Oekraïne is dat zij -anders dan de meeste vluchtelingen- als gevolg van de werking van het Associatieverdrag¹ en de Richtlijn tijdelijke bescherming² in heel de Europese Unie gedurende een bepaalde periode rechtmatig verblijf houden. Daarmee is deze Subsidieregeling voor zorg aan vluchtelingen die geen asielaanvragen vooralsnog de enige reeds bestaande mogelijkheid voor zorgaanbieders om op korte termijn de kosten van medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerde personen vergoed te krijgen.

Opgemerkt wordt dat het verblijf van de vluchteling in Nederland niet betekent dat er sprake is van ingezetenschap in de zin van de volksverzekeringen (waaronder de Wlz) en er dus op die grond ook geen verzekeringsplicht voor de Zorgverzekeringswet kan ontstaan.

Medische zorg aan personen die vallen onder Richtlijn tijdelijke bescherming (onderdeel B)

Het is van belang dat personen die vallen onder de reikwijdte van de Richtlijn tijdelijke bescherming toegang hebben tot de zorg in Nederland en dat zorgaanbieders die zorg verlenen aan deze groep niet geconfronteerd worden met een onnodige lastendruk. Deze richtlijn ziet onder meer op personen die uit een gebied zijn gevlucht vanwege een gewapend conflict of inheems geweld in dat gebied. Uit een besluit van de Europese Raad, bedoeld in artikel 5 van de richtlijn, volgt op welke specifieke groepen personen de tijdelijke bescherming van toepassing is. Gezien de omstandigheden waarin deze groepen mensen en het gebied waar zij uit zijn gevlucht, zich bevinden, acht ik het onredelijk om zorgaanbieders de inspanningsverplichting op te leggen om eerst te bezien of de persoon aan wie medisch noodzakelijke zorg wordt verleend, in staat is om de kosten voor deze zorg zelf te betalen. In artikel 3a, eerste lid, onderdeel a, is daarom geregeld dat deze verplichting buiten werking wordt gesteld.

Binnen de Europese Unie is het gebruikelijk dat mensen die tijdelijk in Nederland verblijven en niet in Nederland werken in eigen land verzekerd zijn onder het wettelijke ziektekostenstelsel van dat land. Bij landen die geen wettelijk stelsel van vergoeding van ziektekosten hebben, is de vreemdeling aangewezen op een andere (particuliere) verzekering of een reisverzekering. In hoeverre de polisvoorwaarden van dergelijke verzekeringen in de situatie van oorlogsgeweld vergoeding van ziektekosten uitsluiten is niet bekend. Wel is bekend dat deze (particuliere) verzekeringen bepaalde aandoeningen, zelfs indien deze aan de persoon in kwestie niet bekend zijn, kunnen uitsluiten en dat vaak ook soa's en kosten van zwangerschap en bevalling zijn uitgesloten.

Om te voorkomen dat achteraf mocht blijken dat vluchtelingen geen vergoeding krijgen uit eventueel afgesloten verzekeringen of – voor zover daarvan in Oekraïne (nog) sprake is – het wettelijk stelsel van verzekering, is naast de mogelijkheid dat vluchtelingen de kosten eventueel zelf zouden kunnen betalen, eveneens buiten werking wordt gesteld dat eerst verhaal op een andere (wettelijke) verzekering nodig is (artikel 3a, eerste lid, onder b). Ook dit hoeven zorgaanbieders voor deze vluchtelingen niet na te gaan.

Artikel 3a is zodanig geformuleerd dat de bedoelde uitzonderingen zien op een bredere groep personen dan alleen de groep die aanleiding vormde voor deze bepaling. Daarmee is deze bepaling in beginsel toekomstbestendig. Gelet op het bepaalde in artikel 3, eerste lid, ziet artikel 3a niet op

¹ Associatieovereenkomst tussen de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie en hun lidstaten, enerzijds, en Oekraïne, anderzijds.

² Richtlijn 2001/55/EG van de Raad van 20 juli 2001 betreffende minimumnormen voor het verlenen van tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom van ontheemden en maatregelen ter bevordering van een evenwicht tussen de inspanning van de lidstaten voor de opvang en het dragen van de consequenties van de opvang van deze personen.



vreemdelingen als bedoeld in artikel 122a, eerste lid van de Zorgverzekeringswet.

Regeldruk (onderdelen A en C)

Uit signalen van de zorgverleners en het CAK is gebleken dat de huidige meldsystematiek nog steeds zorgt voor problemen en dat door de verwachte vluchtelingenstroom vanuit Oekraïne deze problemen extra administratieve lasten en drempels zullen geven. Met het CAK en GGD-GHOR Nederland (de beheerder van het Meldpunt Onverzekerden Zorg) is overlegd om te komen tot een zo minimaal mogelijke administratieve last voor zorgaanbieders die gebruik maken van de Subsidieregeling. Het is niet mogelijk een melding achterwege te laten, omdat het CAK dan technisch niet in staat is later in het proces een subsidie te verstrekken. Om dit te realiseren zou een systeemaanpassing nodig zijn.

Om de administratieve lasten te verminderen en drempels weg te nemen, zijn de volgende wijzigingen aangebracht.

1) Gegevens die moeten worden vermeld op het meldingsformulier

Uit de praktijk is gebleken dat zorgaanbieders bij het melden te maken krijgen met uiteenlopende situaties waarbij per geval kan verschillen welke gegevens beschikbaar zijn. Met de verwachte toestroom van vluchtelingen uit Oekraïne zal vaker gemeld worden, waarbij thans nog niet geheel duidelijk is welke gegevens beschikbaar zijn. Het is evident dat de uitvoeringspraktijk gebaat is bij eenduidigheid over de gegevens die minimaal nodig zijn om te kunnen melden en declareren.

In zowel het formulier dat bij de melding ingevuld dient te worden, als bij het declaratieformulier zijn de persoonsgegevens tot een minimum teruggebracht.

De regeling bevatte hiervoor al regels voor het declareren, maar niet voor het melden. Voor de melding is daarom aangesloten bij de persoonsgegevens die vereist zijn bij declareren. Hiermee wordt voorkomen dat ten tijde van de melding andere gegevens gevraagd worden dan bij de declaratie, hetgeen voor administratieve problemen kan zorgen. Uiteraard blijven de aanvullende benodigde gegevens omtrent de melding en zorg voor het declareren ongewijzigd (artikel 6, vijfde lid).

Alleen de nationaliteit, initialen, geboortejaar of leeftijd en geslacht behoeven te worden vermeld. Door enkel deze gegevens op te vragen, zijn de gegevens niet herleidbaar tot een persoon. Daarnaast dient – indien beschikbaar – het burgerservicenummer (BSN) te worden verstrekt. Het merendeel van de Oekraïense vluchtelingen en andere vreemdelingen zal in de regel geen BSN hebben. Deze wijzigingen zijn geregeld in respectievelijk artikel 3, negende lid en artikel 6, vijfde lid, onderdeel e (wijzigingsonderdelen A en C).

Zowel GGD-GHOR als het CAK hebben aangegeven de huidige uitvoering te kunnen continueren met een beperkte set persoonsgegevens: geboortejaar of leeftijd, geslacht, initialen, nationaliteit en – indien beschikbaar – het BSN. Het BSN is nodig om de verzekeringsstatus te controleren. Daarom is ervoor gekozen om deze set persoonsgegevens zowel voor het melden als declareren aan te houden als de minimale gegevensset.

2) Verruiming meldtermijn

Daarnaast is met de wijziging van artikel 3, vijfde lid gerealiseerd dat een zorgaanbieder niet langer een melding hoeft te doen binnen zeven dagen nadat de zorg is verleend. Zorgverleners dienen de melding 'zo spoedig mogelijk' te melden bij het Meldpunt onverzekerden zorg, waarbij als richtlijn geldt dat zij dit niet later dan na 30 kalenderdagen doen. Als in voorkomende gevallen toch nog later is gemeld, dan is met die melding wel voldaan aan de formele meldingsplicht maar zal de verlate melding niet leiden tot een afwijzing van de subsidie.

Om subsidie te kunnen verstrekken is dus wel noodzakelijk dat er gemeld is en dat het meldnummer op het declaratieformulier is vermeld.

In artikel 3, zevende lid, was al de mogelijkheid opgenomen dat het CAK bij een te late melding een discretionaire bevoegdheid had om te late meldingen te toetsen en te pardonneren. Een zodanige toets kan door de wijziging van het vijfde lid achterwege blijven.

De melding, die is bedoeld om gemeenten in staat te stellen vervolghulp te bieden aan onverzekerde personen, heeft alleen effect in de situatie dat de onverzekerde persoon een zorgverzekering mag sluiten. Daarvan is grosso modo alleen sprake als het een onverzekerde verzekeringsplichtige persoon betreft. Praktisch en juridisch gezien beperkt dit zich vrijwel uitsluitend tot Nederlandse ingezetenen. Als gevolg van de situatie in Oekraïne zal het aandeel vreemdelingen dat niet verzekerd is en voor wie medisch noodzakelijke zorg op grond van deze regeling wordt gefinancierd (thans 60% ten opzichte



van het aandeel Nederlanders) naar verwachting verder toenemen.

Besloten is om de wijzigingen in de gegevensset en het vervallen van de meldtermijn van zeven dagen – voornamelijk – in te voeren voor alle groepen onverzekerde personen aan wie op grond van de Subsidieregeling zorg wordt gegeven. Eind 2022 zal aan de hand van het gebruik van de Subsidieregeling bezien worden of deze vereenvoudiging gecontinueerd wordt.

De zorgaanbieders en ook het CAK zijn gebaat bij een eenduidige regeling, zodat ook geen verwarring ontstaat over welke gegevens voor welke personen verstrekt moeten worden en binnen welke termijn een melding moet zijn gedaan.

3) Digitaal versturen van de aanvraag

Door de wijziging van artikel 6, vierde lid, is het mogelijk dat een aanvraag digitaal wordt ingediend. Dit biedt onder meer de apothekers de ruimte om een subsidieaanvraag via het systeem in te dienen dat zij reeds gebruiken voor declaraties op grond van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet.

Financiële gevolgen

Uit de praktijk is gebleken dat een deel van de zorgaanbieders bij de inspanningsverplichting na te gaan of iemand de kosten zelf kan betalen ook daadwerkelijk inspanningen levert. De rekening wordt meegegeven of er wordt een aanbetaling gevraagd. Soms worden incassomaatregelen ingezet. De omvang van de uit dien hoofde vergoede kosten is niet bekend.

Inwerkingtreding

Deze regeling treedt de dag na publicatie in de Staatscourant in werking en werkt terug tot en met 1 maart 2022. Daarmee wordt afgeweken van de vaste verandermomenten en van de termijn tussen publicatie en inwerkingtreding. Gezien de huidige toestroom van vluchtelingen uit Oekraïne is spoedige inwerkingtreding noodzakelijk, zowel met het oog op gebruik door zorgaanbieders, als met oog op de uitvoering door het CAK.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers*