

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1135

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Onverzekerdenkwestie lijkt veel op toeslagenaffaire»* (ingezonden 30 november 2021).

Antwoord van Staatssecretaris **Blokhuis** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 16 december 2021).

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht «Onverzekerdenkwestie lijkt veel op toeslagenaffaire»?¹

Antwoord 1

Sinds 2009 is er een wettelijke regeling voor compensatie aan zorgaanbieders voor medisch noodzakelijke zorg aan illegalen en andere onverzekerbare vreemdelingen (artikel 122a Zorgverzekeringswet) en sinds 2017 is er de Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden. Deze regeling is bedoeld voor rechtmatig in Nederland verblijvende personen. Beide regelingen worden door zorgaanbieders goed gebruikt. Ik verwijs korthedshalve naar de evaluatie van de Subsidieregeling die ik op 4 oktober 2021 naar de Tweede Kamer heb gestuurd.²

Vraag 2

Wat is uw reactie op de uitspraak dat lang niet alle zorgaanbieders gebruik maken van subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden, doordat het «een enorme bureaucratische, administratieve rompslomp» is?

Antwoord 2

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van zorg op grond van de Subsidieregeling zijn er twee belangrijke administratieve verplichtingen:

- een zorgverlener dient binnen zeven dagen nadat zorg aan een onverzekerde persoon is verleend dit te melden bij het Meldpunt Onverzekerden Zorg en daarbij persoonsgegevens te verstrekken.
- een zorgverlener dient bij het indienen van een declaratie bij het CAK het meldingsnummer te vermelden en persoons- en declaratiegegevens te verstrekken.

¹ «Onverzekerdenkwestie lijkt veel op toeslagenaffaire» | medischcontact

² Kamerstuk 29 689, nr. 1128, 4 oktober 2021.

Voor zowel de melding als de declaratie zijn de gebruikte formulieren (online bij het Meldpunt) vastgesteld door de Minister van VWS en gedurende de looptijd van de regeling verschillende keren aangepast om zo eenvoudig en laagdrempelig als mogelijk de noodzakelijke gegevens te verstrekken. Zo is het aantal formulieren teruggebracht naar één formulier, wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van «aankruisvakjes» en mogen zorgaanbieders de regulier door hun systemen aangemaakte nota's meesturen met het declaratieformulier.

Ik deel niet de gedachte dat er sprake is van een administratieve rompslomp. Het aantal administratieve verplichtingen in de Subsidieregeling is teruggebracht tot het minimum om de subsidie rechtmatig te kunnen uitkeren. Wel is onderkend dat het indienen van een declaratie (thans per post) in de toekomst digitaal zou moeten om het voor zorgaanbieders makkelijker te maken.

Vraag 3

Hoeveel mensen zijn sinds 2015 de zorgverzekering uitgezet, omdat zij niet meer staan ingeschreven bij de Basisregistratie Personen?

Antwoord 3

Dit is niet bekend. Uitschrijving kan om verschillende redenen en als er een signaal komt dat iemand is uitgeschreven zal een zorgverzekeraar dat onderzoeken en dient binnen twee weken contact te worden opgenomen met de verzekerde (telefonisch, per email of per brief). Dit is standaard praktijk bij alle zorgverzekeraars en zo afgesproken tussen zorgverzekeraars, de Sociale Verzekeringsbank, de Nederlandse Zorgautoriteit, het CAK en VWS. Deze afspraken zijn onderdeel van de werkwijze waarop zorgverzekeraars omgaan met het vaststellen van het begin en einde van de verzekeringsplicht. De in de Zorgverzekeringswet neergelegde verplichting dat het woonadres overeen moet komen met het in de Basisregistratie Personen geregistreerde adres (artikel 4a Zvw) heeft te maken met het feit dat zorgverzekeraars bij het inschrijven van een verzekerde uitgaan van de premisse van ingezetenschap. Er is sprake van gerede twijfel over de verzekeringsplicht op grond van ingezetenschap, indien het door de verzekerde opgegeven woonadres in Nederland afwijkt van het in de BRP opgenomen adres. Daarom wordt het adresgegeven onderzocht. Mensen mogen – als ze geen woonadres hebben – ook op een briefadres ingeschreven staan.

Vraag 4

Hoeveel mensen hebben sinds 2017 zorg gekregen die vergoed werd via de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden?

Antwoord 4

In onderstaande tabel is het aantal toegekende declaraties vermeld. Dit geeft een beeld voor hoeveel mensen zorg is vergoed is op grond van de «Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden». Er kunnen meerdere declaraties voor één persoon toegekend worden. Hier kan het CAK geen onderscheid in maken.

aantal toegekend	2017	2018	2019	2020	2021 ¹
Farmacie (incl. SEZ)	46	58	140	1.168	1660
GGZ (incl. SEZ)	38	651	1.682	2.481	1757
Huisartsenzorg	17	71	147	413	415
Overige Zorg	2	3	3	0	0
Hulpmiddelen	0	0	0	0	0
Eerstelijnsverblijf	0	0	0	11	11
Verloskundige zorg	0	2	10	10	5
Wijkverpleging	0	2	2	8	10
Ziekenhuizen (incl. SEZ)	61	1.263	4.220	8.368	7839
Kraamzorg	0	0	0	6	0
Paramedische zorg	0	0	0	2	0
Tandheelkundige hulp	0	0	0	1	0
	164	2.050	6.204	12.468	11.697

¹ t/m oktober 2021

Bron: CAK

Vraag 5

Hoeveel onverzekerde mensen hebben naar schatting sinds 2017 medisch noodzakelijke zorg nodig gehad?

Antwoord 5

Aan de hand van het aantal meldingen dat het Meldpunt Onverzekerden Zorg registreert is in Tabel 1 te zien dat zorgaanbieders sinds 2017 steeds vaker gebruik maken van de Subsidieregeling. De onderstaande cijfers betreft het totaal aantal meldingen van zorg aan een onverzekerde persoon, maar is nog niet gecorrigeerd voor meerdere meldingen van zorg (door verschillende zorgaanbieders) aan dezelfde persoon. Daarnaast leidt niet elke melding tot een declaratie bij het CAK, omdat zorgaanbieders onder meer proberen een deel van rekening te verhalen op de patiënt. In dat geval wordt niet (meteen) gedeclareerd.

Tabel 1

aantal meldingen	2017	2018	2019	2020	2021
	2.270	5.675	12.586	20.537	21.183

t/m oktober 2021

Bron: Meldpunt Onverzekerder Zorg (GGD GHOR Nederland)

In onderstaande is het totaal aantal toegekende en afgewezen declaraties vermeld dat het CAK op grond van de «Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden» heeft geregistreerd. Er kunnen meerdere declaraties voor één persoon ingediend worden. Hier kan het CAK geen onderscheid in maken. Ook wordt niet voor elke melding van medisch noodzakelijke zorg die een zorgaanbieder doet een declaratie ingediend.

Tabel 2

aantal declaraties	2017	2018	2019	2020	2021
Farmacie (incl. SEZ)	160	172	270	1.592	2.105
GGZ (incl. SEZ)	122	992	2.263	2.981	2.234
Huisartsenzorg	77	269	349	624	574
Overige Zorg	19	20	8	1	0
Hulpmiddelen	5	36	0	0	0
Eerstelijnsverblijf	0	0	0	16	13
Verloskundige zorg	5	17	35	28	17
Wijkverpleging	0	5	25	40	30
Ziekenhuizen (incl. SEZ)	323	2.219	5.659	10.567	9.469
Kraamzorg	0	0	0	12	2
Paramedische zorg	0	0	0	5	2
AWBZ instellingen	0	0	0	137	56
Tandheelkundige hulp	0	0	0	5	2
	711	3.730	8.609	16.008	14.504

t/m oktober 2021

Bron: CAK

Vraag 6

Deelt u de mening dat alle mensen in Nederland toegang moeten hebben tot goede gezondheidszorg, zonder dat zij hierdoor met onbetaalbare rekeningen geconfronteerd worden?

Antwoord 6

Ja. Om deze reden zijn de genoemde regelingen in het leven geroepen. Zorgaanbieders hebben een inspanningsverplichting na te gaan of mensen (een deel van) de rekening kunnen betalen.

Vraag 7

Worden mensen die als gevolg van deze problematiek onverzekerd waren en hierdoor niet de zorg hebben kunnen krijgen die ze nodig hadden gecompenseerd voor de materiële en/of immateriële schade die ze hierdoor hebben opgelopen? Zo ja, waar kunnen zij zich melden? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Iedereen die in Nederland verblijft en onverzekerd is kan medisch noodzakelijke zorg krijgen. Sinds de genoemde regelingen bestaan worden zorgaanbieders door de rijksoverheid gecompenseerd. Omdat mensen zorg krijgen en kregen, is compensatie niet aangewezen.

Vraag 8

Welke stappen kunnen er worden ondernomen om ervoor te zorgen dat mensen die hun huis verliezen niet ook hun zorgverzekering verliezen?

Antwoord 8

Zorgverzekeraars zijn gehouden het adresgegeven te controleren. Zie het antwoord bij vraag 3. Voor verzekerden is van belang te reageren als de zorgverzekeraar dit onderzoekt.