

36600 XVI Vaststelling van de begrotingsstaten van het
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
(XVI) voor het jaar 2025

Nr. 161 Brief van de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 december 2024

Het CAK verstrekt sinds 2017 op basis van de ‘subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden’ (SOV) subsidies aan zorgaanbieders voor het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan personen die niet verzekerd zijn en de zorgkosten niet zelf kunnen betalen. Voor medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerbare vreemdelingen, weer een andere doelgroep, kunnen zorgaanbieders daarnaast een beroep doen op de wettelijke regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV).

In de Kamerbrief¹ van 21 oktober 2024 over de gevolgen van de Rijksbrede taakstelling subsidies voor het ministerie van VWS, heeft het kabinet een taakstelling aangekondigd waarmee per 2027 € 40 miljoen structureel wordt gekort op de SOV door de vergoeding van zorg aan niet-verzekeringplichtige onverzekerden te beperken tot ‘spoedeisende zorg’. De motie Krul² verzoekt de regering voor 1 januari 2025 inzicht te geven in de praktische en juridische haalbaarheid van deze maatregel, en de gevolgen voor de verschillende subgroepen die voor hun zorg afhankelijk zijn van deze regeling. Met deze brief voldoe ik aan deze motie. Zoals ik heb aangegeven in het debat van 10 december 2024 zie ik mogelijkheden voor een verbeterde regeling. Inmiddels is gebleken dat het maken van onderscheid tussen spoedeisende en niet-spoed eisende zorg in deze regeling niet haalbaar en uitvoerbaar is.

Ik heb grote bewondering voor de zorgaanbieders die zich dag en nacht inzetten om zorg te bieden aan onverzekerden. Ik noem in dit verband in het bijzonder de straatartsen die zich inzetten voor een groep uiterst kwetsbare mensen. Het is dan ook mijn voornemen om verzekerbare onverzekerden, zoals dakloze mensen en werkende arbeidsmigranten zonder briefadres toe te leiden naar een reguliere zorgverzekering. Teneinde ervoor zorg te dragen dat hun gezondheid minder snel verwaarloost en minder achteruitgaat. En natuurlijk in de hoop dat een reguliere zorgverzekering bijdraagt aan duurzame zorgrelaties met professionals.

¹ Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 32

² Kamerstuk 36 600 XVI, nr. 70

Het kabinet vindt tegelijk de forse kostenstijging van de SOV en de OVV, als ook de toegenomen problematiek met onverzekerden, onhoudbaar (SOV: van € 743.000 in 2017 naar € 105 miljoen in 2024 en de OVV: van € 37 miljoen in 2017 naar € 61 miljoen in 2024). Er moet iets gebeuren. Ik wil daarom het aflopen van de SOV (als subsidieregeling) per maart 2027 aangrijpen om te werken aan een verbeterde wettelijke regeling die wordt samengevoegd en geharmoniseerd met de OVV. Tegelijk wil ik de aanpak van onverzekerden vanzelfsprekend beleid maken.

In de brief ga ik in op de volgende onderdelen:

1. Uitkomsten verkenning door het CAK van de haalbaarheid van de maatregel.
2. De contouren van een verbeterde wettelijke regeling die wordt samengevoegd en geharmoniseerd met de regeling onverzekerbare vreemdelingen (OVV).
3. Maatregelen om de onverzekerdenproblematiek te verminderen.
4. Signalen en aanpak fraude met de SOV en OVV.

1. Uitkomsten verkenning haalbaarheid bezuinigingsmaatregel

Haalbaarheid bezuinigingsmaatregel

De SOV is in werking getreden op 1 maart 2017 om zorg aan onverzekerde (verwarde) Nederlandse dakloze mensen te vergoeden. Het bleek juridisch niet mogelijk de groep in te perken naar nationaliteit of een passende juridische definitie te vinden voor personen met verward gedrag. Om een aanzuigende werking van de SOV op niet-Nederlanders te voorkomen is destijds besloten de doelgroep te beperken tot onverzekerde verzekeringsplichtigen. Op 1 maart 2018 is de SOV aangepast. Voor alle spoedeisende zorg (SEH, acute GGZ in een crisissituatie, ambulancevervoer of farmaceutische zorg) verviel de eis van verzekeringsplicht, omdat het voor zorgaanbieders niet altijd mogelijk was om de verzekeringsplicht vast te stellen. Op 1 maart 2019 zijn nogmaals wijzigingen in de regeling doorgevoerd. De belangrijkste wijziging was dat (met terugwerkende kracht tot 1 maart 2018) ook voor niet-spoedeisende zorg een zorgaanbieder subsidie kan krijgen als de onverzekerde niet-verzekeringsplichtig is. Deze keuze is gemaakt, omdat voor het verlenen van niet-spoedeisende zorg er in de praktijk nog steeds sprake was van een financiële belemmering.

Het CAK heeft een eerste verkenning gedaan naar de haalbaarheid van het (opnieuw) uitsluitend vergoeden van spoedeisende zorg aan niet-verzekeringsplichtige onverzekerden. Het CAK concludeert

dat het voor zorgverleners, het CAK en de SVB niet mogelijk is om de verzekeringsplicht vast te stellen, omdat er veelal sprake is van niet geldige BRP woon- of briefadressen. Het is voor het CAK ook niet mogelijk om in het beoordelen van zorgkostendeclaraties onderscheid te maken tussen spoedeisende en niet spoedeisende zorg. Dit vraagt om vooraf gestelde criteria en kaders terwijl het CAK, op basis van het onderscheid spoedeisende zorg versus niet-spoedeisende zorg, geen oordeel kan vellen over de medische noodzakelijkheid van de verleende zorg.

Ik heb begrip voor de conclusie van het CAK dat een (te) scherpe afbakening van spoedeisende zorg in de SOV niet haalbaar is. Ik kies hier daarom ook niet voor bij de inrichting van de verbeterde regeling. Ik wil wel verder verkennen welke alternatieve afbakening van de te vergoeden zorg wel mogelijk is, om zo de eerder genoemde doelstellingen ten aanzien van solidariteit en betaalbaarheid te kunnen bereiken. Dit wil ik doen mede vanuit internationaal (juridisch) perspectief. Later dit voorjaar volgt een tweede impactanalyse waarin het CAK ook ingaat op alternatieven.

Subgroepen

Alvorens toelichting te geven op de contouren van de verbeterde regeling, ga ik conform het verzoek van uw Kamer graag eerst in op een toelichting op de subgroepen die nu gebruik maken van de SOV. In de bijlage bij deze brief is, voor zover mogelijk, een kwantitatieve analyse van het CAK van deze subgroepen opgenomen. Het gaat bij de SOV kortweg om personen die rechtmatig in Nederland verblijven en die wel of niet verzekeringsplichtig zijn. Iedereen die ingezetene is in Nederland of in Nederland aan loonbelasting is onderworpen, is verzekerd voor de volksverzekeringen en verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet (art. 2.1.1 Wlz en artikel 2 Zvw). Bij de andere regeling, de OVV, gaat het om onrechtmatig verblijvende vreemdelingen of vreemdelingen die in afwachting zijn van de beslissing op een aanvraag, bezwaarschrift of een beroepschrift tot het verlenen van de verblijfsvergunning (en uitzetting achterwege moet blijven).

Er zijn verschillende subgroepen van personen te onderscheiden die onverzekerd zijn, maar wel verzekeringsplichtig zijn voor de Zorgverzekeringswet.

- *(Verwarde) dakloze personen die ingezetene zijn van Nederland:* De onverzekerdenproblematiek bij deze subgroep is ontstaan doordat in 2015 de registratie in de basisregistratie personen

(BRP) een voorwaarde werd voor het kunnen afsluiten van een zorgverzekering. Deze voorwaarde is destijds gesteld ter voorkoming van misbruik van het zorgverzekeringsstelsel en de zorgtoeslag. Hoewel uitzonderingen hierop mogelijk zijn (verklaring van de SVB), heeft deze koppeling geleid tot onverzekerde bij dakloze mensen. Het CAK stelt dat ongeveer 30% van de zorgkosten van de SOV wordt gemaakt voor mensen met een Nederlandse nationaliteit. Hierbij zou de aanname gedaan kunnen worden dat dit veelal dakloze personen zijn.

- *Onverzekerde werkende arbeidsmigranten:* Arbeidsmigranten zijn verzekeringsplichtig als zij in Nederland aan loonbelasting zijn onderworpen. Dit kunnen arbeidsmigranten zijn van binnen en buiten de EU. Door misstanden, bijvoorbeeld met overbewoning, registreren zij zich niet in het BRP. Dit belemmert in sommige gevallen het afsluiten van een zorgverzekering. Ook spelen onbekendheid en soms opportunisme (niet willen betalen van zorgpremie) mogelijk een rol. Het CAK stelt op basis van de beschikbare data dat ruim 38% van de SOV-kosten wordt gemaakt voor mensen vanuit EU-landen. Het is niet bekend welk deel hiervan een arbeidsmigrant betreft. EU-onderdanen mogen onder voorwaarden rechtmatig en zonder werk verblijven in Nederland. Voorwaarden zijn onder andere dat zij in hun eigen leefomstandigheden moeten kunnen voorzien en over een geldige ziektekostenverzekering moeten beschikken die de zorgkosten in Nederland volledig dekken. Het overige deel (33%) van de declaraties betreft volgens het CAK mensen van buiten de EU of mensen waarvan het onbekend is waar zij vandaan komen. Het is aannemelijk dat een groot deel hiervan een werkende arbeidsmigrant is, omdat werk voor hen een belangrijke grondslag is voor een rechtmatig verblijf in Nederland.
- *Onverzekerde ex-gedetineerden:* Gedurende detentie worden de rechten en plichten uit de zorgverzekering van rechtswege opgeschort. Het ministerie van Justitie en Veiligheid (JenV) is dan verantwoordelijk voor de verstrekking van geneeskundige zorg aan een gedetineerde. De gedetineerde moet zelf melden dat de verzekering dient te worden opgeschort en later weer moet worden geactiveerd als de detentie is afgelopen. Dit gaat in de praktijk niet altijd goed. Als gevolg van het feit dat de opschorting niet tijdig is doorgegeven of geactiveerd, blijft de gedetineerde bijvoorbeeld onnodig wel of geen zorgpremie betalen (met kans op schuldenlast) of komen rekeningen voor ziektekosten op de verkeerde plaats terecht, waaronder ten laste van de SOV. Het CAK geeft aan dat er jaarlijks naar schatting ca. 3.000 declaraties met een totale waarde van ca. 4,5 miljoen euro van (ex)gedetineerden plaatsvinden ten laste van de subsidieregeling.

Er zijn verschillende subgroepen van personen te onderscheiden die zich niet mogen verzekeren voor de Zorgverzekeringswet, maar ook geen andere zorgverzekering hebben of de zorgkosten zelf kunnen betalen.

- *(Tijdelijk) werkloze EU-arbeidsmigranten:* Deze categorie betreft EU-arbeidsmigranten zonder werk, en zonder recht (meer) op een uitkering. Zij zijn niet (meer) verzekeringsplichtig, maar verblijven onder voorwaarden rechtmatig in Nederland. Dit geldt in beginsel niet voor werkloze arbeidsmigranten van buiten de EU. Werkloze EU-arbeidsmigranten zouden in principe moeten terugvallen op de sociale zekerheid van hun land van herkomst. Dit is vaak niet het geval, omdat zij zijn uitgeschreven in hun land van herkomst. Om verschillende redenen kunnen of willen deze werkloze arbeidsmigranten niet terugkeren naar het land van herkomst. Er is ook een groep met een wisselende arbeidsbetrekking en daarom met een wisselende verzekeringsplicht. Ruim 34% van de kosten wordt gemaakt voor mensen vanuit EU-landen, maar daarbij is niet direct te concluderen welk percentage (werkloze) arbeidsmigranten betreft.
- *Onvoldoende verzekerde toeristen:* Voor toeristen uit een ander EU-land, EER-land of Zwitserland, is een European Health Insurance Card (EHIC) voldoende. Bij visumplichtigen wordt door de IND niet gecontroleerd of iemand beschikt over een afdoende verzekering tegen ziektekosten. Met name bij toeristen buiten de EU (visumplichtigen) komt het voor dat zij onvoldoende verzekerd zijn voor dekking van zorgkosten in Nederland. Het is onbekend hoe groot deze subgroep is, maar waarschijnlijk beperkt.
- *Onvoldoende verzekerde buitenlandse studenten:* Buitenlandse studenten blijven in de regel in het oorspronkelijke woonland verzekerd. Zij zijn niet verplicht een Nederlandse zorgverzekering af te sluiten. Met name voor studenten buiten de EU (visumplichtigen) komt het voor dat zij onvoldoende verzekerd zijn voor dekking van zorgkosten in Nederland. Het is onbekend hoe groot deze subgroep is, maar waarschijnlijk beperkt.

2. De contouren van een nieuwe regeling

Ik grijp het aflopen van de SOV per maart 2027 aan om toe te werken naar een nieuwe verbeterde regeling. Ik wil de SOV en OVV harmoniseren tot één regeling, met een heldere en voor iedereen duidelijke afbakening van de te vergoeden zorg, evenals een geharmoniseerde en bijgestelde hoogte van de vergoeding van de zorg. Zowel de afbakening als de vergoedingshoogte verschillen op dit moment tussen de SOV en OVV. De SOV biedt een vergoeding

van 100% van de passantentarieven voor alle zorg uit het basispakket, terwijl de OVV een vergoeding biedt van 80% tot 100% afhankelijk van het type zorg en het wel of niet hebben van een overeenkomst met het CAK. In deze overeenkomsten moeten in ieder geval afspraken worden gemaakt over de wijze waarop de zorginstelling het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' invult en de inspanningen die de zorginstelling moet verrichten om te proberen de (verzekeraar van de) onverzekerbare vreemdeling de rekening te laten betalen. Voor het bepalen van wat 'medisch noodzakelijk' is geeft het rapport 'Arts en vreemdeling' van commissie Klazinga handvatten. 'Medisch noodzakelijke zorg' dient naar het oordeel van de commissie als 'verantwoorde en passende medische zorg' te worden gedefinieerd.

Ik constateer dat de patiëntenpopulatie, waarvoor zorgaanbieders een vergoeding krijgen ten laste van de SOV, is veranderd. Bij de start van de SOV 2017 betrof dit uitsluitend verzekeringsplichtige ingezetenen. Er werd voor de keuze welke zorg wordt geboden geen rekening gehouden met de tijdelijkheid van het verblijf van een patiënt. Sinds 2017 is de populatie veranderd en is de meerderheid van de patiënten geen ingezetene van Nederland (niet onvoorwaardelijk toegelaten tot Nederland). Ik wil bijvoorbeeld ook kijken of het begrip "tijdelijk verblijf" kan worden betrokken bij het ontwerp van de nieuwe regeling, waarbij ik ook kijk hoe andere EU landen de zorg voor onverzekerden hebben vormgegeven.³

Daarnaast wil ik bij de inrichting van de nieuwe regeling ook verkennen of er rekening gehouden kan worden met de mate waarin een zorgaanbieder zich inspant om de onverzekerde van een patiënt op te lossen en of dit ook kan worden gekoppeld aan de hoogte van de vergoeding. Er zijn zorgaanbieders die zich volledig committeren op het bieden van zorg en hulp aan onverzekerde en onverzekerbare personen (en daardoor ook hogere (zorg)kosten maken). Zij werken vaak samen met de gemeente of bepaalde stichtingen om naast zorg ook andere hulp te bieden, zoals hulp bij het verkrijgen van een briefadres en een zorgverzekering, nieuw werk of een warme terugkeer naar het land van herkomst.

³ Hiervoor wordt onder andere gekeken naar de Verordening 883/04 (de basisverordening). In deze Verordening regelt het kader van art. 19 de situatie van medisch noodzakelijke zorg bij verblijf en art. 20 de situatie van een geplande behandeling (met voorafgaande toestemming) in een andere lidstaat.

Ten slotte wil ik bij het ontwerp van de nieuwe regeling verkennen in hoeverre juridisch onderscheid gemaakt kan en mag worden tussen doelgroepen. Het maken van onderscheid tussen groepen vreemdelingen met betrekking tot de vergoeding van zorg is overigens een bestaande praktijk. Zo gelden voor bijvoorbeeld asielzoekers (RMA), onverzekerden (SOV) en onverzekerbare vreemdelingen (OVV) verschillende pakketten met vergoeding van zorg.

Onderzoek

Het Ministerie van VWS is in gesprek met de gemeente Rotterdam en de straatartsen in Rotterdam om een onderzoekstraject uit te voeren in 2025 en 2026. In dit onderzoek zal worden onderzocht hoe de zorg aan verzekerbare onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen doelmatiger kan worden gefinancierd vanuit één geharmoniseerde verbeterde regeling. Hierbij wordt onder andere gekeken naar de te verstrekken zorg in internationaal perspectief, andere financieringsstromen die zorgverleners ontvangen en maatregelen om de onverzekerden problematiek te verminderen.

3. Maatregelen aanpak onverzekerdenproblematiek

De SOV en de OVV zijn het sluitstuk van ons zorgstelsel. De snelle stijging van de kosten van deze 'openeinde' regelingen weerspiegelen een set aan bredere maatschappelijke problemen. Om de problematiek met onverzekerden aan te pakken, en de taakstelling te kunnen behalen, wil ik ten minste de volgende maatregelen verder uitwerken.

- *Dakloze personen en uitwisseling gegevens:* Uit een inventarisatie bij gemeenten en GGD'en is gebleken dat in 2019 gemiddeld 12% van onverzekerde verzekeringsplichtigen aan een verzekering kon worden geholpen. Er is dus nog ruimte om meer inzet te plegen⁴. Ik wil daarom verkennen op welke wijze acties die hieraan bijdragen binnen het gemeentelijk domein kunnen worden geïntensiveerd. In dit kader is het behulpzaam dat reeds wordt gewerkt aan een wettelijke grondslag⁵ per een datum in 2026 voor het delen van gegevens van onverzekerde patiënten door zorgaanbieders aan gemeenten, waarmee wordt bereikt dat gemeenten gericht acties kunnen ondernemen in het kader van o.a. onverzekertheid.
- *Aanpakken onverzekertheid arbeidsmigranten:* Bij werkende arbeidsmigranten is het, zoals is toegelicht in de brief aan uw

⁴ [Evaluatie Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden](#)

⁵ Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b; Kamerstuk 36 621, nr. 2

Kamer van 14 november 2024⁶ van de minister van SZW, van belang dat hun positie in Nederland wordt versterkt en misstanden worden aangepakt. Onderdeel hiervan is het nemen van maatregelen om te zorgen dat arbeidsmigranten beter geregistreerd worden. Daarnaast wordt gewerkt aan de verdere uitrol van WorkinNL-informatiepunten door het hele land, waar arbeidsmigranten terecht kunnen bij vragen, ook als het gaat om zorg, het afsluiten van een zorgverzekering en goede registratie. Ten algemene werk ik ook zelf aan verbeterde voorlichting over de verzekeringsplicht, ook in relatie tot specifieke groepen (zoals arbeidsmigranten). Het expertisecentrum SKGZ en Pharos werken momenteel aan een plan over het verbeteren van de voorlichting voor deze groep.

- *Gedetineerden*: De ministeries van VWS en JenV onderzoeken samen met de zorgverzekeraars, het CAK en DJI (Dienst Justitiële Inlichtingen) of de opschorting en herleving van de zorgverzekering bij detentie geautomatiseerd kan worden. Dit om te voorkomen dat 1) een gedetineerde tijdens detentie zorgpremie blijft betalen en na detentie ten onrechte geen premie betaalt en dan achteraf een rekening krijgt, hetgeen beide een schuldenlast veroorzaakt en 2) facturen onterecht terecht komen bij partijen zoals het CAK. Een automatische opschorting en herleving vereist een gegevensdeling tussen de ICT-systemen van DJI en zorgverzekeraars, waar onder andere een uitvoeringstoets en een wijziging van de Zorgverzekeringswet voor nodig is.
- *Stimuleren lokale en regionale samenwerking omtrent de zorg aan onverzekerde kwetsbare groepen*: Een lokale aanpak waarbij gemeenten, maatschappelijke organisaties en zorgaanbieders samenwerken is van groot belang. Zorg verlenen is meer dan het inleveren van een bonnetje. Commitment, het opbouwen van relaties en oprechte aandacht voor de doelgroepen zijn cruciaal. De zorg en hulp kan gericht zijn op het in verzekering brengen van onverzekerden, het weer aan het werk helpen van arbeidsmigranten of hulp bij de terugkeer naar het land van herkomst.

4. Signalen en aanpak fraude

Daarnaast wil ik u met deze brief ook informeren over de gesignaleerde mogelijke fraude met de SOV en OVV. De Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) constateren in een brief⁷ aan mij

⁶ Kamerstuk 29 861, nr. 151

⁷ Brief 'Misbruik OVV- en SOV-regelingen m.b.t. zorg ongedocumenteerde en onverzekerde vreemdelingen', november 2024

mogelijke fraude met de SOV en OVV. De inspecties herkennen een aantal 'twijfelachtige zorgaanbieders' uit lopende onderzoeken. Daarbij heeft de IGJ op basis van een risicoselectie bij zeven zorgaanbieders onaangekondigde toezichtbezoeken gebracht. Bij vijf van de zeven bezochte zorgaanbieders werd geen bestuurder of cliënt aangetroffen. Zes van de zeven locaties gaven op geen enkele wijze de indruk dat er daadwerkelijk sprake was van zorgverlening. De bezochte locaties bestonden voornamelijk uit ernstig vervuilde woningen en gehuurde ruimten in een bedrijfsverzamelgebouw die niet waren toegerust op het verlenen van zorg. Uit de toezichtbezoeken en de meldingen die de IGJ ontving komen risico's naar voren voor de kwaliteit en veiligheid van zorg, met name voor wat betreft de overdracht van cliënten. Op basis van de verkenning en de beschikbare gegevens schatten de inspecties dat ongeveer 15% van de gedeclareerde zorg onder de OVV-regeling en 4% onder de SOV-regeling mogelijk onrechtmatig is. De inspecties wijzen op verschillende kwetsbaarheden van beide regelingen, zoals de laagdrempeligheid van declareren, het gebrek aan controlebevoegdheden voor het CAK en de anonimiteit van zorgaanbieders die fraude zoals spookzorg (declareren van niet geleverde zorg) mogelijk maakt.

Ik ben geschrokken van de signalering van deze mogelijke fraude en ik ben met het CAK en andere relevante partijen in gesprek om deze signalen nader te onderzoeken. Ook wil ik zo spoedig mogelijk aanvullende voorwaarden en eisen stellen voor de SOV en OVV om misbruik tegen te gaan, vergelijkbaar met de aanpassingen die zijn gedaan met de COZO-regeling (Corona banen in de zorg). Met deze wijziging van beide regelingen, die ik nog in 2025 wil doorvoeren, krijgt het CAK de bevoegdheid om bij de declarerende zorgaanbieder stukken op te vragen, zoals een contract met een zorgverzekeraar of gemeente, zodat het CAK zo goed als mogelijk kan vaststellen dat het gaat om een bonafide zorgverlener. In het eerder genoemde wetstraject om tot één verbeterde regeling te komen zullen ook aanvullende maatregelen worden overwogen en gerealiseerd, zoals verdergaande bevoegdheden om informatie op te vragen en te delen, en het organiseren van verbeterd toezicht.

Tot slot

Ik zal uw Kamer voor de zomer van 2025 informeren over de voortgang van de uitwerking van de nieuwe regeling, de maatregelen gericht op de onverzekerdenproblematiek en de maatregelen gericht op de aanpak van fraude.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema