

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van (datum) _____,
kenmerk-Z, houdende wijziging van de
Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan
onverzekerden in verband met enkele uitvoeringstechnische
aanpassingen

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 3 wordt gewijzigd als volgt:

1. In het eerste lid wordt de zinsnede “die niet verzekerd is” vervangen door “die niet verzekerd is als bedoeld in artikel 2 van de Zorgverzekeringswet”.
2. In de aanhef van het vierde lid vervalt de zinsnede “de kosten voor de verleende zorg”.
3. In het vierde lid, onderdelen a tot en met c, wordt aan het begin van de zinsnede ingevoegd “de kosten voor de verleende zorg”.
4. In het vierde lid, onderdeel b, wordt na “een andere wettelijke regeling” ingevoegd “of op grond van een verzekering tegen ziektekosten” en wordt “of” vervangen door een komma.
5. In het vierde lid wordt onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel c door “, of” een onderdeel toegevoegd, luidende:
 - d. het verlenen van zorg aan een onverzekerde persoon niet overeenkomstig het vijfde lid is gemeld bij de gemeentelijke geneeskundige dienst in de regio van de zorgaanbieder, behoudens indien het zesde of zevende lid toepassing heeft gevonden.
6. Het vijfde tot en met zevende lid komen te luiden:

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van (datum) _____,
kenmerk-Z, houdende wijziging van de
Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan
onverzekerden in verband met enkele uitvoeringstechnische
aanpassingen

5. De zorgaanbieder meldt het verlenen van zorg aan een onverzekerde persoon binnen zeven kalenderdagen volgende op de dag dat de zorg is verleend aan de gemeentelijke geneeskundige dienst in de regio van de zorgaanbieder waarna een meldingsnummer wordt verkregen.
6. Een meldingsnummer is, indien de zorg wordt verleend aan eenzelfde verzekerde persoon gedurende dertig kalenderdagen geldig. Gedurende deze periode kan de zorgaanbieder het melden, bedoeld in het vijfde lid, achterwege laten.
7. De minister kan op verzoek van de zorgaanbieder een afwijzing van de subsidie op grond van artikel 4, onderdeel d, achterwege laten indien redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat de zorgaanbieder in verzuim is geweest om de zorg te melden als bedoeld in het vijfde lid.

B

Artikel 6 wordt gewijzigd als volgt:

1. Het derde lid vervalt, onder vernummering van het vierde tot en met het achtste lid tot het derde tot en met het zevende lid.
2. Het derde lid (nieuw) komt te luiden:
 3. De aanvraag wordt uiterlijk twaalf maanden na afloop van het kwartaal waarin de medisch noodzakelijke zorg is verleend dan wel, indien het gaat om zorg die verleend is in een ziekenhuis, uiterlijk twaalf maanden na afloop van het kwartaal waarin de desbetreffende diagnose-behandelcombinatie is gesloten, door de minister ontvangen.
3. In het vijfde lid (nieuw) wordt de aanhef "Bij de aanvraag worden de volgende gegevens verstrekt" vervangen "De zorgaanbieder verstrekt bij de aanvraag de volgende gegevens".
4. In het vijfde lid (nieuw), onderdeel d, wordt na "onverzekerde persoon" ingevoegd ", tenzij dit niet beschikbaar is".
5. In het vijfde lid (nieuw), onderdeel g, wordt "registratienummer" vervangen door "meldingsnummer".

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport van (datum) ,
kenmerk-Z, houdende wijziging van de
Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan
onverzekerden in verband met enkele uitvoeringstechnische
aanpassingen

6. In het vijfde lid (nieuw), onderdeel h, wordt "één maand" vervangen door "dertig kalenderdagen".
7. In het zesde lid (nieuw), wordt "zesde lid, onder e" vervangen door "vijfde lid, onder e".

C

In artikel 9 wordt "met ingang van 1 maart 2022" vervangen door "met ingang van 1 maart 2027".

ARTIKEL II

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 maart 2022 en vervalt met ingang van 1 maart 2027.

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. Deze Subsidieregeling is oorspronkelijk 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 wordt inmiddels gebruikt voor de vergoeding van het verlenen van medisch noodzakelijke zorg aan een breed scala van onverzekerde personen, waaronder personen met verward gedrag, dak- en thuislozen, arbeidsmigranten en andere onverzekerde of onvoldoende verzekerde buitenlanders. Uitgesloten is vergoeding van zorg aan onverzekerbare vreemdelingen en illegalen als bedoeld in artikel 122a, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet, omdat voor deze groep een wettelijke financieringsregeling voor medisch noodzakelijke zorg bestaat.

In de afgelopen jaren is de Subsidieregeling verschillende keren aangepast, niet alleen met het oog op de doelgroep waarvoor de Subsidieregeling bedoeld is, maar ook met het oog op het terugdringen van administratieve lasten voor de zorgaanbieders en uitvoeringsproblemen bij het CAK als gevolg van de werking van het financieringsstelsel in de zorg en het stelsel van de zorgverzekeringsregelgeving.

De in deze regeling opgenomen wijzigingen zijn bedoeld om gesignaleerde problemen in de uitvoering terug te dringen of weg te nemen.

Daarbij is:

1. het recht op subsidie onder voorwaarden losgekoppeld van het doen van een tijdige melding;
2. expliciet bepaald dat het doorgeven van een burgerservicenummer indien dat aanwezig is, verplicht is.

Daarnaast wordt de werking van de regeling met vijf jaar verlengd.

Zoals in de kabinetsbrief van 14 december 2020 over de aanbevelingen van het Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten is aangekondigd¹, is daarnaast een wijziging doorgevoerd in de door de minister voorgeschreven formulieren om het gebruik van de regeling door arbeidsmigranten te monitoren.

Voorts is een aantal kleinere redactionele wijzigingen aangebracht om onduidelijkheid over de bedoeling weg te nemen of een redactionele omissie te corrigeren, zoals bijvoorbeeld de wijziging van “één maand” naar “dertig kalenderdagen”, de verwijzing naar “verzekerde zorg in de Zvw” (artikel 3, eerste lid) en het niet (volledig) verstrekken van subsidie bij een voorliggende verzekering tegen ziektekosten (artikel 3, vierde lid).

De meldingstermijn

In de praktijk zijn door de voorheen geldende meldingstermijn diverse uitvoeringsproblemen ontstaan. Enerzijds door de duur van de meldingstermijn zelf, anderzijds door de invulling van het begrip “verlening van de zorg” in relatie tot de melding en de tijdige melding. De wijzigingen van artikel 3, eerste tot en

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2020/21, 29861, nr. 55

met derde lid en het zesde en zevende lid zien op het oplossen van de genoemde uitvoeringsproblemen die samenhangen met de meldingstermijn.

De Subsidieregeling kent een meldingsplicht aan de GGD. De meldingsplicht heeft als doel dat een gemeente naar aanleiding van de melding (via de GGD) aan een onverzekerde –verzekeringsplichtige- inwoner van Nederland vervolghulp biedt in de vorm van een uitkering en het sluiten van een zorgverzekering.

Bij de invoering van de Subsidieregeling werd daarom belangrijk geacht dat van het verlenen van de medisch noodzakelijke zorg een melding wordt gedaan en dat dit in beginsel zo snel mogelijk wordt gedaan. Aanvankelijk was die termijn 24 uur, vanaf 2018 zeven kalenderdagen.

Voorgestelde wijzigingen

De huidige meldingssystematiek en de uitzondering voor terugwerkende kracht brengen onduidelijkheid en onevenredige administratieve lasten met zich mee voor zorgverleners, het CAK en de zorgverzekeraar. Zorgverleners zijn zeker bereid om te melden en willen dat ook volgens de regels doen. Het huidige juridische kader sluit evenwel niet aan op de praktijk en de administratieve (zorg)wereld waaraan de zorgaanbieders gebonden zijn.

In de regeling zijn daarom het vijfde tot en met zevende lid aangepast, waardoor het CAK op verzoek van de zorgaanbieder verzuimherstel kan bieden. Dit zal zich in de regel voordoen indien het gaat om zorg die op basis van vervolg diagnose-behandelcombinaties is verleend of indien zorg is verleend en later blijkt dat de ingangs- of einddatum van de desbetreffende verzekering op een andere datum is vastgesteld, waardoor deze persoon achteraf niet verzekerd blijkt te zijn geweest op de dag dat de zorg werd verleend. Deze situaties worden hieronder toegelicht.

De melding van een DBC

Sinds de invoering van de Subsidieregeling is de hoofdregel dat elke zorgverrichting apart gemeld dient te worden binnen de gestelde termijn.

Een uitzondering hierbij is de diagnosebehandelcombinatie (DBC)². Aangezien dit in termen van declaratiesystematiek (conform Zvw) één traject is, is de meldtermijn bij zorg door ziekenhuizen gekoppeld aan de startdatum van de DBC, waarbij het veelal ook gaat om vervolg-DBC's. Het starten van vervolg-DBC's is geautomatiseerd en de zorgverlener heeft daar geen zicht op. Van belang is voorts dat ziekenhuizen en GGZ-instellingen ook niet-DBC-zorg verlenen.

De handelingen die onder een DBC vallen en welke niet (en dus afzonderlijke zorgproducten zijn), vloeien in de praktijk bij het behandelen van een patiënt geruisloos in elkaar over. Administratief echter zijn het wel aparte zorg-handelingen. Niet-DBC zorgproducten dienen los van de DBC's gedeclareerd te worden, zoals add-ons (dure wees- en geneesmiddelen), hulpmiddelen en overige zorgproducten. Daarnaast bestaan er DBC's met verschillende looptijden, afsluit-redenen en specifieke regels die niet aansluiten op de meldingssystematiek.

De voornoemde combinaties van situaties die in het zorgveld voorkomen leiden tot onduidelijkheden en complexiteit, met als gevolg dat de geldigheidsduur van een melding van één maand (sinds 2018 in de Subsidieregeling opgenomen) waarbij ook een andere zorgaanbieder gebruik kan maken van een eerdere melding, in de praktijk niet effectief toepassing vindt. Hierdoor ontstaan er voor deze zorgaanbieders extra administratieve lasten doordat zij elke zorghandeling melden om maar zeker te zijn dat de subsidie wordt veiliggesteld, of de zorgaanbieder

² Een DBC is een zorgtraject die een zorgafhankelijke looptijd kent.

gaat ervan uit dat één melding voldoende is, omdat de opeenvolgende (identieke) zorghandeling wordt gezien als vervolgzorg behorend tot één traject. In de praktijk blijken het uiteindelijk geen DBC-zorgproducten te zijn.

Voor een initiële DBC is het moment van melding helder. Zodra er sprake is van een vervolg-DBC is dit moeilijker omdat het openen van vervolg-DBC's geautomatiseerd is; de openingsdatum van een DBC ligt dan meestal langer in het verleden. Bij zorgaanbieders bestaat er onduidelijkheid over het melden van vervolgzorg (en wat dit dan precies is). Een zorgaanbieder kan veronderstellen dat de vervolgzorg nog gewoon hoort bij de eerste melding en omdat het gaat om dezelfde zorgvraag wordt het ook niet gemeld. Binnen de DBC-systematiek zijn er daarnaast ook andere producten. Bijvoorbeeld een OZP (overig zorgproduct), die op zichzelf staand gedeclareerd kan worden en ook eerder gedeclareerd kan worden dan de DBC.

Zorgverleners denken dan dat het vervolgzorg is -het hoort bij dezelfde zorgvraag van de patiënt- zodat zij veronderstellen dat niet opnieuw gemeld hoeft te worden. Het CAK krijgt dan een declaratie, zonder melding, van zorg die niet gekoppeld is aan een eerdere DBC, omdat die DBC pas later door het ziekenhuis gedeclareerd wordt (de DBC kan tot 3 maanden open staan).

Een andere mogelijkheid is dat alle handelingen voor de zekerheid gemeld worden en er dus veel (onnodige) meldingen in het systeem komen en zorgt voor extra administratieve lasten voor de zorgaanbieder. Zorgverleners registreren alleen hun zorgactiviteiten (waarbij mogelijk is dat de administratie de declaratie aanvult en completeert) en weten van te voren ook niet hoe de DBC er precies uit komt te zien of welke zorgactiviteiten apart gedeclareerd worden.

Terugwerkende kracht van de melding

Zorgverleners controleren de verzekeringsstatus van een patiënt bij aanvang van de zorg³. Zij stellen op dat moment vast dat de persoon verzekerd is of blijkens een European Health Insurance Card (EHIC) een buitenlandse wettelijke verzekering heeft. Het kan voorkomen dat op het moment dat de zorg eindigt en declarabel is, de zorgaanbieder constateert dat deze persoon met terugwerkende kracht onverzekerd is geraakt of geen buitenlandse wettelijke verzekering heeft. Uit de regelgeving over de verzekeringsplicht vloeit immers voort dat zorgverzekeraars met terugwerkende kracht een persoon kunnen uitschrijven uit de verzekering. In de Subsidieregeling is om die reden sinds 2018 een uitzondering opgenomen met betrekking tot de meldingstermijn.

Op basis van deze uitzonderingsregel kan de zorg alsnog later gemeld worden (immers, door de terugwerkende kracht is een melding altijd alsnog te laat) en kan declaratie van kosten ook in deze gevallen worden toegekend.

Deze uitzondering voor de terugwerkende kracht zorgt bij het CAK en de zorgverzekeraars voor een toename van de administratieve lasten en de doorlooptijd van de aanvraag van subsidie. Immers, om te kunnen bepalen of de uitzondering toegepast kan worden, dient het CAK de zorgverzekeraar te bevragen over de mutatedatum van de polis. Deze gegevens zijn voor het CAK niet zichtbaar. De zorgverzekeraar dient dit in de eigen administratie na te gaan. De controle verloopt handmatig en vergt tijd bij het CAK én de zorgverzekeraar. Dit komt de doorlooptijd van de behandeling van de declaraties niet ten goede. Voor de situatie dat de EHIC achteraf ongeldig blijkt te zijn, is er in de regeling

³ Elke zorgaanbieder kan met VECOZO (het communicatiepunt voor ketenpartijen in de zorg) via de controle op verzekeringsrecht (cov) nagaan bij welke zorgverzekeraar de patiënt is ingeschreven voor de basisverzekering en/of een aanvullend pakket. Deze gegevens worden beschikbaar gesteld door de zorgverzekeraars.

überhaupt geen uitzondering opgenomen. In al deze gevallen kan de zorgverlener niet meer binnen zeven kalenderdagen melden en voor de toepasselijkheid van de uitzonderingen brengt dat extra administratieve lasten voor de zorgverzekeraar, zorgverlener en het CAK met zich mee.

Monitoring gebruik door arbeidsmigranten

In het Rapport 'Geen tweederangsburgers' van het Aanjaagteam bescherming arbeidsmigranten van 30 oktober 2020 is de aanbeveling gedaan dat een arbeidsmigrant die niet tevens ingezetene is gedurende maximaal 30 dagen nadat de verzekeringsplicht is vervallen medisch noodzakelijke zorg kan krijgen.

In de kabinetsreactie van 14 december 2020 is geantwoord dat deze Subsidieregeling voor deze groep al gebruikt kan worden, en dat het gebruik door deze groep gemonitord zal worden.

Ten behoeve van de monitoring wordt gebruik gemaakt van het BSN, dat verplicht moet worden verstrekt. Voorts zijn het meldings- en declaratieformulier –waarvan het model door de Minister wordt vastgesteld- laagdrempelig aangepast.

Artikelsgewijs

Artikel 3

In artikel 3, vijfde lid, zoals de tekst voorheen luidde, was expliciet geregeld dat subsidie “uitsluitend” werd verstrekt na een “tijdige” melding. In het nieuwe vijfde lid is nog steeds een termijn van zeven dagen opgenomen waarbinnen een zorgaanbieder een melding moet doen. De redactie van het nieuwe vierde lid, onderdeel d, vijfde lid, zesde lid en zevende lid maakt het echter onder bepaalde omstandigheden mogelijk dat het doen van een melding na verloop van die termijn (in de praktijk wanneer de declaratie is ingediend) alsnog kan worden gedaan. Het CAK zal in voorkomende gevallen aan de zorgaanbieder verzoeken om alsnog de melding te doen.

Door de tijdigheid van de melding -onder voorwaarden- los te koppelen van het recht op subsidie kan het CAK, ook indien de zorgaanbieder zorg declareert en er geen meldingsnummer is vermeld (of het meldingsnummer ongeldig is), aan de zorgaanbieder conform de Algemene wet bestuursrecht verzuimherstel bieden. De tekst van het (vervallen) artikel 3, vijfde lid, zoals dat luidde voor deze wijziging, stond dat niet toe; het moest altijd gaan om een tijdige melding.

In de regeling zijn daartoe het vijfde tot en met zevende lid aangepast, waarbij het CAK op verzoek van de zorgaanbieder verzuimherstel kan bieden. Dit zal zich in de regel voordoen indien het gaat om zorg die op basis van vervolg diagnose-behandelcombinaties is verleend of indien zorg is verleend en later blijkt dat de ingangs- of einddatum van de desbetreffende verzekering op een andere datum is vastgesteld, waardoor deze persoon achteraf niet verzekerd blijkt te zijn geweest op de dag dat de zorg werd verleend. Vaak wordt zo'n verzoek door de zorgaanbieder al meteen gedaan bij de declaratie omdat deze zich ervan bewust is dat de melding niet tijdig is gedaan. Als het CAK redelijkerwijs oordeelt dat de zorgverlener niet in verzuim is geweest door niet binnen de termijn de zorg te melden, is subsidie alsnog mogelijk. Dit zal de zorgverlener dienen te verzoeken en onderbouwen. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan de DBC-problematiek, de onverzekerdheid met terugwerkende kracht, een achteraf ongeldige EHIC of ook als er sprake is van een technisch probleem waardoor het tijdig melden niet heeft kunnen plaatsvinden. Van deze mogelijkheid wordt terughoudend gebruik gemaakt.

In artikel 3, zevende lid, zoals de tekst voorheen luidde, was geregeld dat een melding verondersteld werd tijdig te zijn gedaan, wanneer de verzekering met terugwerkende kracht was geëindigd. Deze bepaling is, gelet op het vervallen van artikel 3, vijfde lid (oud), niet langer nodig. Het nieuwe zevende lid voorziet in deze situatie.

Artikel 6

In artikel 6, derde lid, was geregeld dat de subsidie per kwartaal werd verstrekt. Het CAK heeft geconstateerd dat de subsidietijdvakken in de praktijk geen rol spelen. Om die reden is deze bepaling geschrapt. Zorgverleners dienen declaraties in op een wijze die passend is bij hun administratieve bedrijfsvoering. Het CAK betaalt de declaraties in beginsel binnen zes weken na toekenning. Er is geen sprake van subsidieverstrekking per kwartaal.

In artikel 6, derde lid (nieuw) is een wijziging aangebracht in verband met de gewijzigde bekostiging van de ggz. De dbc-systematiek in de ggz komt per 1 januari 2022 te vervallen en in plaats daarvan wordt overgegaan naar prestatiebekostiging. Dit betekent dat alle zorg per behandeling wordt gedeclareerd, zodat de verwijzing naar de dbc-bekostiging is komen te vervallen. Met de overige wijzigingen in artikel 6 wordt expliciet duidelijk gemaakt dat de aanvraag tot subsidie bij het CAK ontvangen dient te zijn binnen de gestelde termijn. Voor zorgaanbieders is niet altijd duidelijk dat 'tijdige' indiening van declaraties -zoals de tekst luidde- betekent dat een declaratie ook binnen de gestelde termijn door het bestuursorgaan moet zijn ontvangen. Dit heeft te maken met de in het bestuursrecht gangbare "ontvangsttheorie". Voorts is er in de praktijk blijvende onduidelijkheid over het verplicht verstrekken -als dat beschikbaar is- van het burgerservicenummer (BSN). Het is van belang dat gegevens, waaronder het BSN, ook daadwerkelijk verstrekt worden. Om die reden is in de aanhef van het zesde lid explicieter gemaakt dat zorgaanbieders verplicht zijn bepaalde gegevens te verstrekken. De uitzondering die geldt als in voorkomende gevallen door de betrokken onverzekerde geen toestemming is verleend voor het verstrekken van de in onderdeel e genoemde gegevens, te weten naam, geslacht, geboortedatum en nationaliteit, blijft overigens in stand. In geval de zorgaanbieder niet alle gevraagde (verplichte) gegevens heeft verstrekt, oordeelt het CAK (overeenkomstig de Awb) of aanvulling van de gegevens nodig is of dat de ontbrekende gegevens van dien aard zijn dat het niet de inhoudelijke beoordeling van de declaratie in de weg staat.

Artikel 9

In artikel 9 is bepaald dat de regeling met vijf jaar wordt verlengd en daarom vervalt met ingang van 1 maart 2027. Hierdoor heeft de regeling een looptijd van tien jaar. Na vijf jaar heeft de voorhangprocedure als bedoeld in artikel 4.10., zesde lid, van de Comptabiliteitswet plaatsgevonden.

Artikel II

In afwijking van de systematiek van vaste verandermomenten bij regelgeving (VVM) treedt deze regeling per 1 maart 2022 in werking. De regeling eindigt met ingang van 1 maart 2027.

De regeling wordt zo spoedig mogelijk bekend gemaakt.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

P. Blokhuis