

Bouwstenen voor een doelmatige wettelijke regeling voor de financiering van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde patiënten.



Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus Medisch Centrum

Auteurs: Jilles Smids, Tirza Voogt-den Hertog, Ed van Beeck, Vicki Erasmus

Met medewerking van: Jülide Çelik, Kai Rock Ho en Syb Kuypers

Inhoudsopgave

Bouwstenen voor een doelmatige wettelijke regeling voor de financiering van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerde patiënten.....	1
Samenvatting voor beleidsmakers	4
1. Inleiding.....	9
2. Achtergrond.....	11
2.1 De gezondheidstoestand van onverzekerden en gevolgen van uitgestelde zorg.....	11
2.2 Totstandkoming en beschrijving van de OVV	12
2.3 Totstandkoming en beschrijving van de SOV.....	13
3. Onderzoeksmethoden.....	16
3.1 Beschrijving methode deskstudie	16
3.2 Beschrijving methode Delphi-studie	16
3.3 Beschrijving methode vragenlijst ervaringsdeskundigen	19
3.4 Samenstelling en werkwijze klankbordgroep.....	21
4. Het huidige functioneren van de SOV en OVV	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Overzicht belangrijkste knelpunten OVV en SOV volgens de Delphi-studie	22
4.3 (On)bekendheid van en met de regelingen.....	22
4.4 Administratieve lasten van de SOV en de OVV	27
4.5 Omgang met de inspanningsverplichting.....	29
4.6 Omgang met het criterium ‘tijdelijk verblijf’	31
4.7 Omgang met criterium ‘medisch noodzakelijke zorg’	32
4.8 Voorkomen en verhelpen onverzekerdeheid	35
4.9 Toegankelijkheid medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden.....	41
4.10 Fraude en oneigenlijk gebruik van de SOV en de OVV.....	48
4.11 Conclusie huidig functioneren SOV en OVV.....	50
5 Internationale vergelijking toegang tot zorg voor onverzekerden.....	51
5.1 Duitsland.....	51
5.2 België	55
5.3 Ierland.....	61
5.4 Frankrijk	63
5.5 Discussie & conclusie landenvergelijking	65
6. Naar een doelmatige wettelijke regeling voor de financiering van de zorg aan onverzekerden.	66
6.1 Waarborgen bekendheid van en met de (nieuwe) regeling(en)	66
6.2 Beperken van administratieve lasten	67

6.3	Vormgeven aan de inspanningsverplichting.....	68
6.4	Vormgeven aan het criterium ‘tijdelijk verblijf’	70
6.5	Medisch noodzakelijke zorg, breedte van de dekking en hoogte van de vergoeding	72
6.6	Voorkomen en verhelpen van onverzekerdeheid	76
6.7	Delphi respondenten over de belangrijkste aspecten t.a.v. een gecombineerde regeling ..	82
7.	Discussie, conclusies en aanbevelingen	82
	Literatuur	87

Samenvatting voor beleidsmakers

Achtergrond

In Nederland wordt medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering onder andere vergoed vanuit de regeling Onverzekerbare Vreemdelingen (OVV) en de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). De OVV is er voor onverzekerbare vreemdelingen, zoals ongedocumenteerden, die deze zorg niet zelf kunnen betalen. De SOV is voor de doelgroep van mensen die zich wel zouden kunnen verzekeren, waaronder daklozen, ingezetenen en EU arbeidsmigranten met werk. De OVV is gebaseerd op artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, terwijl de SOV een subsidieregeling is, die in 2027 afloopt. Het Ministerie van VWS beoogt om in of na 2027 de SOV en de OVV te vervangen door één nieuwe en meer doelmatige wettelijke regeling voor de financiering van zorg aan onverzekerden. Dit omdat het beroep op beide regelingen de laatste jaren sterk is toegenomen, het bestaan van 2 regelingen zorgt voor complexiteit in de uitvoering en om het toegenomen aantal mensen zonder zorgverzekering te verminderen. VWS heeft begin 2025 aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) van het Erasmus MC gevraagd om onderzoek uit te voeren ten behoeve van het ontwerp van de beoogde nieuwe gecombineerde wettelijke regeling.

Methode

In onderling overleg tussen VWS en MGZ is de volgende hoofdvraag van het onderzoek geformuleerd: *Hoe kan de zorg aan onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen doelmatiger en binnen één regeling worden gefinancierd?* Verbetering van doelmatigheid is in dit onderzoek als volgt gedefinieerd: dat de kosten van de regeling kunnen worden gereduceerd zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid van onverzekerden of dat er bij toenemende kosten ook meer gezondheidswinst wordt behaald.

De hoofdvraag is geoperationaliseerd middels de volgende deelvragen:

1. Wat is er al bekend uit in Nederland uitgevoerd onderzoek over de effectiviteit en doelmatigheid van de SOV en de OVV? Welke knelpunten resp. positieve factoren zijn hieruit naar voren gekomen?
2. Hoe is de financiering van zorg voor onverzekerden geregeld in andere Noordwest Europese landen? Welke lessen kunnen we hieruit trekken m.b.t. zorg aan onverzekerde personen en welke maatregelen in deze landen zijn effectief gebleken om onverzekerden aan een verzekering te helpen?
3. Hoe kan volgens deskundigen de doelmatigheid van de SOV en OVV worden verbeterd? Aan welke eisen zou 1 nieuwe gecombineerde regeling voor de huidige doelgroepen van SOV en OVV moeten voldoen? Wat is de meest eenvoudige route voor zowel onverzekerden, professionals en zorgverzekeraars om mensen snel en makkelijk in verzekering te krijgen?

De methode om deze onderzoeksvragen te beantwoorden bestond uit a) een deskstudie waarin de relevante literatuur en bestaande evaluaties van de SOV en de OVV zijn samengevat, b) een vragenlijststudie (Delphi studie) waarin 90 experts (zorgverleners, mensen werkzaam in de (administratieve) uitvoering van de SOV en de OVV, zorgbestuurders en beleidsmakers) in twee rondes zijn gevraagd naar hun ervaringen met en opvattingen over relevante aspecten van de SOV en de OVV, c) een vragenlijst onder 12 ervaringsdeskundigen over het ontvangen van zorg zonder zorgverzekering en d) een deskstudie naar de wijze waarop in Duitsland, België, Ierland en Frankrijk de financiering van medische zorg aan onverzekerden geregeld is.

Resultaten

1. *Wat is er al bekend uit in Nederland uitgevoerd onderzoek over de effectiviteit en doelmatigheid van de SOV en de OVV? Welke knelpunten resp. positieve factoren zijn hieruit naar voren gekomen?*

Op basis van de Delphi studie en de literatuur lijken de OVV en SOV grotendeels effectief t.a.v. het wegnemen van onzekerheid bij zorgverleners over de vergoeding van zorg aan onverzekerde patiënten. De digitaliseringsslag van het declaratieproces die het CAK de afgelopen jaren gemaakt heeft wordt positief gewaardeerd, maar alsnog wordt de administratieve last als relatief hoog ervaren. Dit hangt samen met de complexiteit van het bepalen onder welke regeling een patiënt valt en de moeite die het soms kost om de aan te leveren gegevens te verkrijgen. Ook is het beeld waarschijnlijk nog voor een gedeelte gebaseerd op de situatie van voor de recente digitaliseringsslag. De bekendheid van en met de OVV en SOV zijn ondanks jarenlange voorlichting toch niet voldoende bij alle onverzekerde patiënten, zorgverleners en mensen werkzaam in de administratieve afhandeling. Ondanks de OVV en de SOV blijken onverzekerde patiënten door diverse informele drempels niet altijd de medische zorg te ontvangen die noodzakelijk is en wordt deze zorg soms ook geweigerd.

2. *Hoe is de financiering van zorg voor onverzekerden geregeld in andere Noordwest Europese landen? Welke lessen kunnen we hieruit trekken m.b.t. zorg aan onverzekerde personen en welke maatregelen in deze landen zijn effectief gebleken om onverzekerden aan een verzekering te helpen?*

De financiering van zorg voor onverzekerden in andere Noord-West Europese landen is net als in Nederland complex en afhankelijk van de organisatie van het zorgsysteem in de onderzochte landen (Duitsland, België, Frankrijk en Ierland). Er bestaan duidelijke verschillen in dekking van zorg. In Frankrijk is deze het meest ruim en vrijwel vergelijkbaar met die van een normale zorgverzekering net als in Nederland. In België hangt de dekking het sterkst af van de interpretatie van medisch noodzakelijke zorg door de arts en kan in principe net zo ruim uitvallen als in Frankrijk en Nederland. Duitsland heeft duidelijk de minst uitgebreide dekking, waardoor maatschappelijke organisaties zich genoodzaakt zien een uitgebreid parallel zorgsysteem te organiseren, dat echter niet dezelfde kwaliteit biedt als reguliere zorg. Over Ierland werd helaas onvoldoende literatuur over de dekking gevonden. Net als in Nederland bestaan ook in de vier onderzochte landen belangrijke informele drempels tot daadwerkelijke toegang tot zorg (dit zijn drempels die te maken hebben met kenmerken van zorgvragers en zorgverleners; formele drempels betreffen aspecten van gezondheidsbeleid en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem). Ook daar bleken maatschappelijke steunorganisaties actief om die te helpen slechten. Een belangrijke overeenkomst tussen Duitsland, Frankrijk en België, en belangrijk verschil met Nederland, is de nauwe betrokkenheid van sociale diensten bij de uitvoering van de financiering van medische zorg aan onverzekerden. Door het onderzoek of iemand inderdaad niet zelf kan betalen komen betreffende onverzekerden goed in beeld en zou er gepoogd dienen te worden hen weer naar een zorgverzekering te leiden. Hoewel niet duidelijk werd in hoeverre de betreffende landen daar ook daadwerkelijk in slagen is hier mogelijk een les uit te trekken voor Nederland. Ierland zet sterk in op Housing First en het is aan te bevelen bij te houden of er wetenschappelijke evaluatiestudies verschijnen van het effect van dit programma op de toegang tot gezondheidszorg en de gezondheid van dakloze mensen.

3. *Hoe kan volgens deskundigen de doelmatigheid van de SOV en OVV worden verbeterd? Aan welke eisen zou 1 nieuwe gecombineerde regeling voor de huidige doelgroepen van SOV en*

OVV moeten voldoen? Wat is de meest eenvoudige route voor zowel onverzekerden, professionals en zorgverzekeraars om mensen snel en makkelijk in verzekering te krijgen?

T.a.v. een nieuwe gecombineerde regeling was het expert panel het in grote lijnen eens over de gewenste kenmerken. De vergoede zorg dient de WIZ en het hele basispakket te omvatten, met idealiter een enkele uitbreiding zoals basis tandzorg. Het vergoedingspercentage is kostendekkend, in principe 100%. De administratieve last dient zo beperkt mogelijk te zijn middels een volledig gedigitaliseerd en geautomatiseerd declaratieproces. Een eventuele nieuw in te voeren administratieve verplichting om de verwachte duur van het verblijf van de onverzekerde patiënt aannemelijk te maken zou onhaalbaar zijn en onwenselijk. Het dient duidelijk te zijn wie er onder regeling komen te vallen. Ook dient het duidelijk te zijn hoe een inspanningsverplichting om na te gaan of de onverzekerde patiënt (deels) zelf kan betalen ingevuld dient te worden. Ook moet dat haalbaar zijn. Tenslotte is voorlichting en (in opleidingen ingebedde) scholing nodig om de bekendheid van en met de gecombineerde regeling te waarborgen.

Vanuit de literatuur en de experts zijn er veel suggesties om onverzekerde te voorkomen en te verhelpen, onder andere inzetten op persoonlijke begeleiding (mogelijk met een triage om kansrijke 'gevallen' te prioriteren), het vereenvoudigen van de procedure van (her)verzekeren (o.a. t.a.v. het verkrijgen van een postadres), bemoeizorg voor mensen met een beperkte zelfredzaamheid, betere samenwerking en communicatie tussen betrokken instanties, het voorkomen van het verliezen van de zorgverzekering bij gebeurtenissen zoals dakloos worden of verlies van werk bij arbeidsmigranten, en zorgen dat meer groepen een zorgverzekering kunnen afsluiten dan nu. Er is dus niet een 'meest eenvoudige route' naar een zorgverzekering, temeer omdat onverzekerde zijn bijna altijd een symptoom is van bredere problematiek.

Beschouwing

In het kader van de zorg voor onverzekerden geldt dat de grootste doelmatigheidswinst kan worden behaald door het voorkomen en verhelpen van onverzekerde. Immers, hierdoor neemt het beroep op de regeling rechtstreeks af, zonder dat dit tot gezondheidsverlies leidt, omdat de nieuw afgesloten zorgverzekering de financiële toegang tot de zorg garandeert. Het succes hiervan zal zowel afhangen van concreet beleid en acties gericht op individuele burgers die onverzekerde zijn of dreigen te worden, als van breder beleid en wetgeving. Denk daarbij aan wetgeving die er aan bijdraagt dat meer EU arbeidsmigranten verzekerd zijn.

Naast de grotendeels beroepsmatige perspectieven van de deelnemers van de Delphi studie dient ook het maatschappelijk perspectief van een financieel houdbaar en solidair zorgsysteem in ogenschouw genomen worden. Een reële zorg in dit verband is fraude met de OVV en de SOV. Dit betekent dat de behoefte van de professionals in het veld die met de regelingen werken aan laagdrempelige regelingen met een lage administratieve last afgewogen moet worden tegen de noodzaak om fraude tegen te gaan wanneer dit juist meer administratie met zich meebrengt. Betrokkenheid van het sociale domein, op de manier van België, Duitsland en Frankrijk, kan worden overwogen om verzekerdheid te verhogen en fraude tegen te gaan, zo veel mogelijk zonder verhoging van de administratieve last in het zorgdomein. Dit introduceert echter wel een aanzienlijke administratieve last in het sociale domein en verhoogt mogelijk de drempel tot zorg.

Bij het ontwerpen van een nieuwe regeling is het ook essentieel telkens mee te wegen of een kenmerk van de regeling dat een formele drempel vormt tegelijkertijd ook onbedoeld bepaalde informele drempels verhoogt. Bijvoorbeeld, het moeten verstrekken van extra gegevens over een onverzekerde patiënt zou een extra formele drempel zijn. Sommige groepen ongedocumenteerden zullen dan extra huiverig zijn om de benodigde gegevens te verstrekken, zeker wanneer illegaal

verblijf strafbaar gesteld zou worden. Een bestaande informele drempel wordt dan hoger. Mogelijke interacties tussen formele drempels en informele drempels dienen daarom tevoren goed ingeschat te worden en flankerend beleid kan wenselijk zijn.

Mede als gevolg van deze interactie tussen formele en informele drempels is het vergroten van de doelmatigheid door het versoberen van een nieuwe regeling ten opzichte van de OVV en de SOV slechts beperkt mogelijk. Immers, doelmatigheid betekent dat de kosten van de regeling kunnen worden gereduceerd zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid van onverzekerden of dat er bij toenemende kosten ook meer gezondheidswinst wordt behaald.

Tenslotte zijn uit dit onderzoek geen evidente nadelen naar voren gekomen die voortvloeien uit het combineren van de OVV en de SOV tot één nieuwe regeling voor alle doelgroepen. Wel zijn er diverse mogelijke voordelen die waarschijnlijk zullen bijdragen aan de doelmatigheid. Tegelijkertijd zal het ook bij één regeling nodig blijven om vast te stellen of een patiënt er wel of niet onder valt. En in verband met het toeleiden naar een zorgverzekering is in elk geval nodig om te weten of iemand verzekerd is.

Aanbevelingen

- Zet in de eerste plaats in op het voorkomen en verhelpen van onverzekerde als de manier om de doelmatigheid van de OVV, de SOV en een nieuwe regeling te vergroten.
- Overweeg betrokkenheid van het sociale domein, op de manier van België, Duitsland en Frankrijk, om verzekerdheid te bevorderen en tevens fraude tegen te gaan zonder verhoging van de administratieve last in het zorgdomein. Weeg beoogde opbrengsten af tegen de aanzienlijk verhoogde administratieve last voor het sociale domein en de potentiële gezondheidsschade wanneer de toegang tot zorg zou verminderen.
- Om beter zicht te krijgen op de vraag of directe toegang tot medisch noodzakelijke zorg middels de OVV en de SOV overall leidt tot meer of juist minder kosten voor de samenleving is een maatschappelijke kosten-batenanalyse zinvol.
- Onderzoek de mogelijkheid van innovatieve oplossingen die ervoor zorgen dat zorgverleners en administratieve medewerkers in geval van onverzekerde patiënten automatisch toegang krijgen tot praktische informatie over de financieringsregeling(en) en de omgang met deze patiënten. Dit als aanvulling op bestaande voorlichting en inbedding in opleidingen.
- Waardeer en borg de grote rol die maatschappelijke steunorganisaties en maatschappelijk werkers vervullen in het helpen van onverzekerde patiënten om daadwerkelijk medische zorg te ontvangen. Faciliteer deze ook financieel.
- Vraag zorgverleners in een nieuwe regeling niet om de duur van het verblijf aannemelijk te maken in de declaratie naar het CAK, maar zet waar nodig in op professionalisering. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door het beschikbaar maken van good practices.
- Doe nader onderzoek naar de aard en omvang van zorgtoerisme, waarbij onverzekerde patiënten naar Nederland komen om medische zorg te ontvangen die op de OVV of SOV afgewenteld wordt.
- Doe nader onderzoek naar mogelijkheden voor specifieke financiële vergoeding voor zorgverleners die, vanuit het oogpunt van goede zorg samen met een patiënt de wenselijkheid en mogelijkheid van terugkeer naar het land van herkomst onderzoeken en/of deze terugkeer ondersteunen.
- Onderzoek de mogelijkheden om op een efficiënte manier de daadwerkelijke toegang van onverzekerden tot zorg beter in kaart te brengen dan nu en blijvend te monitoren.

1. Inleiding

In Nederland wordt medisch noodzakelijke zorg aan mensen zonder zorgverzekering onder andere vergoed vanuit de regeling Onverzekerbare Vreemdelingen (OVV) en de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV). De OVV is er voor onverzekerbare vreemdelingen, zoals ongedocumenteerden, die deze zorg niet zelf kunnen betalen. De SOV is voor de doelgroep van rechtmatige verblijvende mensen die zich wel zouden kunnen verzekeren, waaronder dakloze ingezetenen en EU arbeidsmigranten met en zonder werk. Mede door middel van beide regelingen geeft de overheid invulling aan haar verplichtingen op grond van internationale en Europese verdragen en rechtsbronnen en de grondwet,¹ t.a.v. de toegang tot medische zorg voor allen die zich in Nederland bevinden (weer andere regelingen zijn er voor asielzoekers en voor Oekraïners). De OVV is gebaseerd op artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, terwijl de SOV een subsidieregeling is, die bovendien in 2027 afloopt.

Het Ministerie van VWS beoogt per 2028 de SOV en de OVV te vervangen door één nieuwe en meer doelmatige wettelijke regeling voor de financiering van zorg aan onverzekerden.² Daarvoor ziet VWS verschillende redenen. Ten eerste het aflopen van de SOV per maart 2027. Een subsidieregeling is doorgaans tijdelijk, terwijl de behoefte aan een regeling structureel van aard is. Het beroep op beide regelingen is bovendien de laatste jaren sterk toegenomen, waarbij het relatieve aandeel van de verschillende doelgroepen verschoven is en met name meer EU arbeidsmigranten zorg vragen. Ook is vanuit het CAK aangegeven dat het naast elkaar bestaan van twee regelingen in de praktijk complex kan zijn en daarmee ook minder efficiënt.³ Belangrijk beleidsdoel in samenhang met de nieuwe regeling is ook om het toegenomen aantal mensen zonder verzekeringen te verminderen, door onverzekerdheid te voorkomen en sneller te verhelpen.

VWS heeft begin 2025 aan de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg (MGZ) van het Erasmus MC gevraagd om onderzoek uit te voeren ten behoeve van het ontwerp van de beoogde nieuwe gecombineerde wettelijke regeling. Hiertoe zijn in onderling overleg tussen MGZ en VWS de volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

Hoofdvraag:

Hoe kan de zorg aan onverzekerden en onverzekerbare vreemdelingen doelmatiger en binnen één regeling worden gefinancierd?

Verbetering van doelmatigheid is in dit onderzoek als volgt gedefinieerd: dat de kosten van de regeling kunnen worden gereduceerd zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid van onverzekerden of dat er bij toenemende kosten ook meer gezondheidswinst wordt behaald. Een reductie van de kosten kan onder meer worden gerealiseerd door het aantal personen dat afhankelijk is van een regeling te verlagen. Een sleutel hiertoe zou kunnen liggen in een verbeterde aanpak om de onverzekerdheid bij dakloze ingezetenen, arbeidsmigranten en ex-gedetineerden te voorkomen en sneller op te lossen. Ook effectieve fraudebestrijding is cruciaal.

¹ Het valt buiten het bestek van dit onderzoek om de juridische verplichtingen van de overheid in dezen te beschrijven en duiden. Zie hiervoor o.a. (Derckx 2021).

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2024/12/18/kamerbrief-over-bezuiniging-subsidieregeling-medisch-noodzakelijke-zorg-aan-onverzekerden>

³ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2025/07/03/voortgang-nieuwe-regeling-zorgkosten-onverzekerden-en-aanpak-onverzekerdheid>

In lijn met deze definitie gaat dit onderzoek uit van het volgende beleidsdoel van een mogelijke nieuwe wettelijke regeling: het waarborgen van de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden, *door middel van* het wegnemen van de financiële onzekerheid bij hun zorgverleners. Dit is ook het huidige beleidsdoel van de SOV,⁴ terwijl het beleidsdoel van de OVV beperkter geformuleerd lijkt, namelijk als het financieel compenseren van zorgverleners.⁵ Hoewel een nieuwe regeling dus inhoudelijk en qua werking onder andere gericht zal zijn op het zo doelmatig mogelijk wegnemen van de onzekerheid bij zorgverleners of zij medisch noodzakelijke zorg verleend aan onverzekerde patiënten wel vergoed krijgen, richt dit onderzoek zich ook op het verbeteren van de toegankelijkheid van de zorg voor onverzekerde patiënten.

De hoofdvraag is geoperationaliseerd middels de volgende deelvragen:

1. Wat is er al bekend uit in Nederland uitgevoerd onderzoek over de effectiviteit en doelmatigheid van de SOV en de OVV? Welke knelpunten respectievelijk positieve factoren zijn hieruit naar voren gekomen?
2. Hoe is de financiering van zorg voor onverzekerden geregeld in drie nader te bepalen andere Noordwest Europese landen? Welke lessen kunnen we hieruit trekken m.b.t. zorg aan onverzekerde personen en welke maatregelen in deze landen zijn effectief gebleken om onverzekerden aan een verzekering te helpen?
3. Hoe kan volgens deskundigen de doelmatigheid van de SOV en OVV worden verbeterd? Aan welke eisen zou 1 nieuwe gecombineerde regeling voor de huidige doelgroepen van SOV en OVV moeten voldoen? Wat is de meest eenvoudige route voor zowel onverzekerden, professionals en zorgverzekeraars om mensen snel en makkelijk in verzekering te krijgen?

De methode om deze onderzoeksvragen te beantwoorden bestond uit drie onderdelen:

- a) Een deskstudie waarin de relevante literatuur en bestaande evaluaties van de SOV en de OVV zijn samengevat.
- b) Een vragenlijststudie waarin verschillende groepen experts (zorgverleners, mensen werkzaam in de (administratieve) uitvoering van de SOV en de OVV, zorgbestuurders en beleidsmakers) in twee rondes zijn gevraagd naar hun ervaringen met en opvattingen over relevante aspecten van de SOV en de OVV.
- c) Een vragenlijst onder ervaringsdeskundigen met het ontvangen van zorg zonder een zorgverzekering te hebben.
- d) Een deskstudie naar de wijze waarop in Duitsland, België en Ierland de financiering van medische zorg aan onverzekerden geregeld is.

Onderzoeksvraag (1) wordt beantwoord in hoofdstuk 4, op basis van onderdelen (a-c), onderzoeksvraag (2) in hoofdstuk 5 op basis van onderdeel (d), terwijl onderzoeksvraag (3) in hoofdstuk 6 wordt beantwoord, middels integratie van de uitkomsten van onderdelen (a-c). In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksmethoden in meer detail beschreven en toegelicht.

⁴ <https://zoek.officiëlebekendmakingen.nl/stcrt-2017-10332.html>

⁵ <https://zoek.officiëlebekendmakingen.nl/kst-31249-3.html>

2. Achtergrond

Dit hoofdstuk geeft de benodigde informatie over de SOV en de OVV en nadere context om de uitkomsten beschreven in dit rapport te kunnen plaatsen. In paragraaf (2.1) worden enkele hoofdlijnen geschetst t.a.v. de gezondheid van onverzekerde personen en de medische zorg die zij nodig hebben. Daarna wordt in kort bestek de ontstaansgeschiedenis en vervolgens de werking van de SOV (par 2.2) en de OVV (par 2.3) beschreven.

2.1 De gezondheidstoestand van onverzekerden en gevolgen van uitgestelde zorg

Onverzekerde mensen, van wie relatief velen dak- of thuisloos zijn, verkeren meestal in een ongunstige maatschappelijke positie met als gevolg een slechtere gezondheid dan andere bevolkingsgroepen (Marmot e.a. 2012). Zij hebben een grotere kans op chronische ziekten en vroegtijdig overlijden (Fazel, Geddes, en Kushel 2014). In Nederland is aangetoond dat dak- en thuisloze mensen zelfs 14 tot 16 jaar eerder overlijden dan anderen (Nusselder e.a. 2013; Slockers 2021). Deze doorgaans slechtere gezondheid van onverzekerden en in het bijzonder dak en thuisloze mensen en ongedocumenteerde vreemdelingen, heeft te maken met vele factoren, waaronder lagere sociale-economische positie, psychiatrische problematiek, en dakloosheid zelf (Slockers e.a. 2017; Vollebregt e.a. 2023). Onverzekerd zijn is vaak een symptoom van een stapeling van sociale en medische problematiek. (Van Laere, Slockers, en Van den Muijsenbergh 2017:363). En ook de doelgroep van EU-arbeidsmigranten heeft specifieke kwetsbaarheden (Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten 2020:45-47; Sikkel 2025).

Uit internationaal onderzoek is bekend dat onverzekerde patiënten een grotere kans hebben op hartinfarcten, beroertes en complicaties van, bijvoorbeeld, diabetes omdat zij onvoldoende gebruik kunnen maken van preventieve zorg (Ayanian e.a. 2003; Zhang e.a. 2008). Ook kanker wordt bij hen vaak pas in een ver gevorderd stadium gediagnostiseerd (Halpern e.a. 2007). Een systematisch internationaal literatuuronderzoek heeft laten zien dat een verminderde toegankelijkheid van eerstelijnszorg leidt tot een verhoogde kans op vermijdbare ziekenhuisopnamen door dit soort aandoeningen (Rosano e.a. 2013).

Door dit ontbreken van preventieve en niet-acute zorg presenteren onverzekerde patiënten zich relatief vaak met gevorderde klachten en neemt ook het aantal noodzakelijke spoedoperaties toe. Uit onderzoek is onder meer gebleken dat onverzekerden een verhoogd risico hebben een spoedoperatie te moeten ondergaan met een langere ligduur als gevolg bij klachten van de galwegen, de dikke darm en de endeldarm en bij hernia's (Schwartz e.a. 2014). Door een ongunstig ziektebeloop bij onverzekerden kan ook het aantal IC opnamen toenemen. Zo is vrij recent aangetoond dat er bij onverzekerde patiënten met brandwonden vaker een vertraagde opname plaatsvindt in een brandwondencentrum met als gevolg een grotere kans op IC opnamen en beademing (Manasyan e.a. 2024). Dit beeld van gevorderde klachten, uitgestelde en hierdoor meer intensieve zorg wordt bevestigd in het rapport "Onverzekerd en ziek in Nederland", waarin de zorgtrajecten en gezondheidstoestanden van 10 onverzekerde patiënten in kaart zijn gebracht (Van Dongen en Van Beeck 2025). En naast de negatieve invloed van het ontbreken van een zorgverzekering op de fysieke gezondheid wordt ook het mentale welzijn hierdoor geschaad (Vollebregt e.a. 2023).

Samenvattend is dus het beeld vanuit de literatuur en de praktijkervaring van hulpverleners dat onverzekerde patiënten doorgaans een slechtere gezondheid hebben. Ook is er bij hen vaker sprake van uitgestelde en daardoor intensievere en complexere zorg. Daarbij is hun gezondheidstoestand vaak onnodig en blijvend verslechterd. Tenslotte is deze latere en intensievere zorg in de regel ook (veel) duurder (Bozorgmehr en Razum 2015). Dat gegeven is van cruciaal belang voor de doelmatigheid van wettelijke regelingen voor de financiering van zorg aan onverzekerden.

2.2 Totstandkoming en beschrijving van de OVV

Terwijl de OVV in 2009 inging, moeten we voor een goed begrip van het ontstaan ervan terug tot de invoering van de Koppelingswet in 1998.⁶ Hierin werd de aanspraak op sociale voorzieningen, zoals werkloosheidsuitkeringen en gezondheidszorg, afhankelijk gemaakt van rechtmatig verblijf in Nederland. Dit zogenaamde koppelingsbeginsel diende om te voorkomen dat door het gebruik maken van collectieve voorzieningen mensen hun onrechtmatig verblijf konden voortzetten en dit verblijf een 'schijn van volkomen legaliteit' zou krijgen (Derckx 2021:38). Als gevolg van de invoering van de Koppelingswet konden bepaalde groepen onrechtmatig verblijvenden die zich voorheen nog wel konden verzekeren voor de Zorgverzekeringswet (Zvw), dat nu niet meer. Om tegemoet te komen aan zorgverleners die de kosten voor medische zorg verleend aan mensen zonder rechtmatig verblijf niet op hen konden verhalen, stelde de overheid het zogenaamde Koppelingsfonds in. Door de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 ontstond de ervaren noodzaak voor een financiële regeling voor onverzekerbare vreemdelingen en zo ontstond de OVV, die in 2009 werd geïntroduceerd (Derckx 2021:59). Met deze financieringsregeling op basis van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet, verviel het Koppelingsfonds weer.

De OVV is een bijdrageregeling die de geleverde medisch noodzakelijke zorg dekt. Door artikel 122a wordt dit omschreven als de zorg uit het basispakket en de Wlz.⁷ Voordien is er echter langdurige discussie geweest over welke zorg aan onrechtmatig verblijvende vreemdelingen gegeven mocht worden (Derckx 2021:48-49 & H5). De oorspronkelijke bedoeling met de Koppelingswet was dit te beperken tot 'acute medische noodsituaties' en situaties waarin de volksgezondheid in het geding was, dit ter beoordeling van de arts. Vanwege bezwaren vanuit o.a. de Tweede Kamer is dit tijdens de wetsbehandeling gewijzigd naar 'medisch noodzakelijke zorg', nog steeds te bepalen door de behandelend arts. De jaren erna bleef er echter discussie, onder andere doordat minister Hoogervorst de te bieden zorg weer smaller interpreteerde als 'acute medische zorg'.

Uiteindelijk kwam in 2007 de Commissie Klazinga⁸ met een nog steeds gezaghebbende uitwerking van 'medisch noodzakelijke zorg', welke ook aan de basis stond van art 122a, namelijk:

'Zorg die volgens professionele richtlijnen of standaarden geïndiceerd is en die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. De indicatie komt tot stand op basis van een gedegen analyse van de gezondheidsproblemen en inzicht in de (kosten)effectiviteit van bestaande interventiemogelijkheden. De geïndiceerde interventie is bewezen effectief, dan wel volgens de normen van de beroepsgroep adequaat, en is, voor zover aantoonbaar, kosteneffectief. In geval van een

⁶ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-1998-203.html>

⁷ https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2025-07-05#Hoofdstuk9_Artikel122a

⁸ Ingesteld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (knmg), de Landelijke Huisartsen Vereniging (lhv), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Orde van Medisch Specialisten en Pharos – Kennis- en adviescentrum vluchtelingen, nieuwkomers en gezondheid

keuzemogelijkheid tussen interventies van gelijke effectiviteit geven veiligheids- en doelmatigheidsargumenten de doorslag.’ (Commissie Klazinga 2007:42)

Daarbij mocht volgens de commissie een verwachte tijdelijke verblijfsduur reden zijn om niet of minder te behandelen. Echter, ook stelde de commissie dat

als de verblijfsduur in Nederland onduidelijk is of nog lang zal zijn, moet het belang van continuïteit van adequate medische zorg zwaarder wegen. In deze gevallen is er vaak sprake van feitelijk langdurig verblijf. In de situatie van langdurig illegaal verblijf in Nederland dient volgens de commissie de te verlenen medische zorg gelijk te zijn aan de reguliere zorg voor verzekerden (p42).

Ook merkt de commissie op dat “[d]e indicatiestelling voor het leveren van zorg is dan niet anders dan bij andere patiënten”. Het uitgangspunt is dus dat onverzekerbare vreemdelingen in principe dezelfde zorg dienen te krijgen als verzekerde patiënten. De verwachte verblijfsduur mag alleen meewegen als adequate medische zorg niet in gevaar komt en financiële overwegingen mogen alleen meespelen wanneer “de geldende richtlijnen voor medisch handelen daarvoor ruimte laten” (p43).

In lijn met de commissie Klazinga is in de OVV het begrip ‘medisch noodzakelijke zorg’ geoperationaliseerd als zorg uit het basispakket en Wlz-zorg, “en slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht” (lid 2, art 122a). Uitgezonderd zijn ook fertiliteitszorg en genderzorg. Verder dient het te gaan om een onverzekerbare vreemdeling en dienen de kosten niet op deze vreemdeling te kunnen worden verhaald of op grond van een andere wettelijke bepaling worden vergoed. Zorgverleners hebben een inspanningsverplichting om eerst na te gaan in hoeverre de vreemdeling de behandeling zelf helemaal of deels kan vergoeden.

De hoogte van de vergoeding verschilt tussen zorg die a) toegankelijk is zonder verwijzing of recept en b) zorg waarvoor een verwijzing nodig is. Deze direct toegankelijke zorg, waaronder het grootste deel van de eerstelijnszorg en de spoedeisende zorg in ziekenhuizen wordt voor 80 % van de passantentarieven vergoed. Dit met uitzondering van zwangerschaps- en bevallingszorg, die voor 100% van de passantentarieven vergoed worden (lid 4, art. 122a). Hierbij geldt dat de passantentarieven hoger liggen dan de tarieven die zorgverzekeraars afspreken met zorgverleners. Echter, door de complexiteit van de doelgroep is de geleverde zorg vaak ook duurder.⁹ De minister wilde met deze 80% invulling geven aan de eigen verantwoordelijkheid van zorgverleners om de kosten te verhalen op de patiënt en van de patiënt om waar mogelijk te betalen voor de ontvangen zorg (Derckx 2021:61). Voor de niet direct toegankelijke zorg, zoals ziekenhuiszorg en GGZ, is vergoeding alleen mogelijk voor zorgverleners die een contract hebben afgesloten met het CAK, waarbij de vergoeding contractueel bepaald wordt met het CAK en hoger is dan 80% van de passantentarieven. In tabel 1 in paragraaf 2.3 is nadere informatie over de OVV (en de SOV) opgenomen.

2.3 Totstandkoming en beschrijving van de SOV

De subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden per maart 2017 was het beleidsmatige antwoord van VWS op de toegenomen onverzekerdenproblematiek. Deze problematiek vindt zijn oorsprong in 2014 met de invoering van de Wet basisregistratie persoonsgegevens (BRP). Dat heeft te maken met de noodzaak van het hebben van een woon- of

⁹ Persoonlijke communicatie met Steven Oppenheim (VWS), 12-1-2026

briefadres voor het kunnen afsluiten van een zorgverzekering.¹⁰ De Zorgverzekeringswet stelt dat ingezetenen, dus inwoners voor wie Nederland het centrum van hun maatschappelijk leven is, verzekeringsplichtig zijn. Naast ingezetene zijn dienen zij ook nog rechtmatig in Nederland te verblijven.¹¹ Art 4a lid 2 van de Zvw stelt: “De zorgverzekeraar sluit de verzekering niet zolang het verstrekte adres van de persoon of personen, bedoeld in het eerste lid, niet in de basisregistratie personen voorkomt of afwijkt van het adres waaronder deze persoon of personen in die administratie als ingezetene staat of staan ingeschreven.”¹² Toepassing hiervan door de zorgverzekeraars vanaf 2014 leidde er toe dat daklozen vanwege het niet hebben van een inschrijving in de BRP door zorgverzekeraars actief uitgeschreven werden (Slockers, van Laere, en Smit 2016).

In 2015 sloeg de Nederlandse Straatdokersgroep alarm over het gevolg hiervan, namelijk dat deze kwetsbare groep geen toegang meer had tot medisch noodzakelijke zorg. Psychiatrisch patiënten kregen hun antipsychotica niet meer, suikerpatiënten geen insuline en ziekenhuizen boden alleen nog acute zorg.¹³ Deze noodkreten, die met name vanuit de grote steden kwamen, werden door de overheid opgepakt en dat resulteerde in de SOV die op 1 maart 2017 in werking trad.

De oorspronkelijke SOV was een tamelijk nauw omschreven regeling met een sterke focus op het zo snel mogelijk weer verzekerd krijgen van de onverzekerde patiënten voor wie de regeling toegepast werd (Ministerie van Volksgezondheid 2021:10). Centraal onderdeel was daarom de meldplicht: zorgverleners die van de SOV gebruik wilden maken moesten binnen 24 uur melding doen bij het Meldpunt Zorg aan Onverzekerden van de GGD-GHOR Nederland. Van daaruit werd de melding dan doorgezet naar de GGD en/of gemeenten uit de regio van de zorgaanbieder. Deze GGD diende vervolgens zelf of door delegatie aan het sociaal-maatschappelijk werk actie te ondernemen om de onverzekerde patiënt toe te leiden naar een zorgverzekering. Net als de OVV verwijst ook de SOV voor de bepaling van wat valt onder ‘medisch noodzakelijke zorg’ naar Art 11 van de Zvw,¹⁴ waarbij het vergoedingspercentage 100% is van de passantentarieven uit de Zvw. De inspanningsverplichting is identiek aan die in de OVV.¹⁵ Verder moesten relevante medische- en persoonsgegevens (naam, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en Burgerservicenummer) verstrekt worden, waarvoor de patiënt wel toestemming diende te geven. De declaratie moest binnen 3 maanden gedaan zijn. Tenslotte was de SOV beperkt tot de doelgroep van mensen met een verzekeringsplicht, omdat immers de meeste dak en thuislozen en personen met verward gedrag zonder zorgverzekering wel Nederlandse ingezetenen waren en dus in principe verzekeraar.

Vanwege signalen uit de praktijk dat bepaalde aspecten van de SOV niet werkbaar bleken en er daardoor toch nog steeds een financiële drempel bleef om zorg te verlenen aan onverzekerden, is de regeling aangepast per 1 maart 2018, 1 maart 2019 en tenslotte nog in 2022. Het vragen van toestemming om medische- en persoonsgegevens te delen met het CAK bleek bij de doelgroep lastig en tijdrovend en vaak werd deze niet verkregen. Hierdoor kon de verzekeringsplicht niet vastgesteld worden en daarom is deze komen te vervallen, in 2017 voor spoedeisende zorg en in 2018 voor alle medische zorg. De declaratietermijn ging naar één jaar, mede i.v.m. de tijd die nodig was voor het

¹⁰ In lid 3 van artikel 4a, Zvw, zijn uitzonderingen opgenomen op de verplichting om een (brief)adres te hebben.

¹¹ Ook niet-ingezetenen die vanwege hun werk in Nederland loonbelasting betalen zijn verzekeringsplichtig.

¹² <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2025-07-05#Hoofdstuk2>

¹³ <https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2042509-straatdokers-daklozen-vaker-verstoken-van-medische-zorg> Zie ook: <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/zwerven-door-de-zorg-marcel-slockers>

¹⁴ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2025-07-05#Hoofdstuk3>

¹⁵ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-10332.html> Zie de Toelichting op “Artikel 3, derde en vierde lid”

kunnen verhalen van de kosten op de onverzekerde patiënt. De meldingstermijn van 1 dag werd verlengd naar 7 dagen, totdat deze per 1 maart 2022 kwam te vervallen wegens het ontbreken van een wettelijke grondslag voor de ermee gepaard gaande uitwisseling van persoonsgegevens. Ook bleek uit een kleine enquête door VWS onder GGD'en dat veel GGD'en geen gebruik maakten van de signalen en hier in de toekomst ook geen behoefte aan te hebben.¹⁶ Tot slot heeft het CAK de declaratiestroom vanaf 2024 gefaseerd gedigitaliseerd. Zorgaanbieders kunnen de declaraties van de SOV (en de OVV) niet alleen per post indienen, maar ook via het normale declaratiesysteem (Vecozo).

Door deze verruiming van de voorwaarden en de toegenomen bekendheid is het gebruik van de SOV en daarmee ook de budgetimpact sterk toegenomen (zie tabel 1 hieronder). Daarbij speelt ook het significant toegenomen aantal EU-migranten (GGD-GHOR Nederland 2025) een grote rol, wat ook blijkt uit het feit dat hun aandeel in het aantal declaraties via de SOV over de jaren 2017-2021 gestegen is van 16 naar 41 % (Ministerie van Volksgezondheid 2021:14).

Tabel 1. Enkele relevante gegevens over de SOV en de OVV

Regeling	SOV	OVV
Regeling voluit	Subsidieregeling medisch-noodzakelijke zorg aan onverzekerden	Regeling financiering onverzekerbare vreemdelingen
Doelgroep	Onverzekerden: alle personen zonder zorgverzekering die ingezetene zijn en rechtmatig in NL verblijven	Onverzekerbare vreemdelingen
Welke zorg vergoed?	~ zorg uit Zvw	~ zorg uit Zvw & Wlz
Tegen welk %?	100%	80 % voor vrij toegankelijke zorg (100% voor o.a. geboortezorg e.d.), of een contractueel overeengekomen % dat hoger is dan 80% voor zorg die alleen op verwijzing toegankelijk is (alleen zorgverleners met contract met CAK)
Wettelijke grondslag	Subsidieregeling (op basis van Art. 3 Kaderwet VWS-subsidies)	Wettelijke regeling: Art 122a van de Zvw
Kostenbeslag¹⁷	2017 (= startjaar): 0,7 miljoen 2026: 115 miljoen (schatting)	2017: 37 miljoen 2026: 75 miljoen (schatting)

¹⁶ Persoonlijke communicatie met Steven Oppenheim (VWS), 12-1-2026

¹⁷ [Op](#) basis van een raming van het CAK, Persoonlijke communicatie met VWS, 12-1-2026

3. Onderzoeksmethoden

3.1 Beschrijving methode deskstudie

De deskstudie bestond uit een samenvatting van het bestaande onderzoek naar het functioneren van de OVV en de SOV en de vergelijking van hoe de zorg aan onverzekerden is geregeld in vier andere Europese landen. Voor beide onderdelen werd gezocht via min of meer gestructureerde zoeksessies in de wetenschappelijke en grijze literatuur (met name Google Scholar en m.b.v. generative AI), via de sneeuwbal methode en ook werd een selectie gebruikt van literatuur aangereikt door experts. Voor de OVV en de SOV werden verschillende zoektermen en combinaties van zoektermen gebruikt, waaronder zorgverzekering, onverzekerden, medisch noodzakelijke zorg, medische zorg, gezondheidszorg, gezondheid OVV, SOV, ongedocumenteerde migranten, ongedocumenteerde vreemdelingen, EU-arbeidsmigranten, dakloosheid, toegang tot medische zorg. Voor de landenvergelijking waren de belangrijkste zoektermen: uninsured, insurance, healthcare, access to healthcare, health, homeless(ness), reference address, undocumented, migrants, Belgium, DMH, Germany, France, AME, Ireland, housing first.

3.2 Beschrijving methode Delphi-studie

Er is gekozen voor een Delphi studie met twee rondes; hierbij is een panel van experts op het gebied van zorg voor onverzekerden benaderd voor het invullen van een online vragenlijst. De twee vragenlijsten werden afgenomen in de periode september tot november 2025.

3.2.1 Vragenlijsten en werving deelnemers

De eerste ronde vragenlijst is tot stand gekomen na het identificeren van belangrijke thema's op dit onderwerp na de deskstudie en expertinterviews. Ook heeft de klankbordgroep feedback gegeven. De vragenlijst in de eerste ronde bevat vragen over de volgende thema's:

- Huidige functioneren van de subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV)
- Huidig functioneren van de regeling Onverzekerbare Vreemdelingen (OVV).
- Verbetermogelijkheden t.a.v. de doelmatigheid van de SOV en de OVV
- Eisen en aandachtspunten voor ontwerp nieuwe wettelijke regeling ter vervanging SOV en OVV
- Knelpunten, *best practices* en mogelijk plaatselijk, regionaal en landelijk beleid t.a.v. het voorkomen en verhelpen van onverzekerden bij dakloze ingezetenen, arbeidsmigranten en ex-gedetineerden.

Naar aanleiding van de resultaten uit de eerste ronde en de bespreking daarvan in de tweede klankbordgroep bijeenkomst zijn vragen geformuleerd voor de tweede ronde van de vragenlijst. Deze vragen zijn opnieuw voorgelegd aan het panel. In deze vragenlijst werden de thema's van de eerste ronde verder uitgediept, maar geen nieuwe thema's toegevoegd.

Voor de Delphi panel zijn deelnemers geworden middels de sneeuwbal methode binnen en buiten het eigen netwerk van de onderzoekers. Voorwaarde voor deelname was dat deelnemers relevante ervaring hadden met de OVV en de SOV vanuit de eigen expertise, zoals door de potentiële deelnemer zelf te beoordelen.

De werving leverde een panel van 119 experts op. Alle deelnemers uit het panel hebben de uitnodiging voor informed consent ontvangen en een uitnodiging gekregen de twee vragenlijsten in te vullen.

3.3.2 Analyse

Op stellingen kon gereageerd worden middels een 5 punt schaal, waarbij per vraag wordt uitgelegd welke antwoord mogelijkheden er waren. Tevens wordt per vraag de mediaan gerapporteerd; dit is het middelste getal in de reeks van alle gegeven antwoorden.

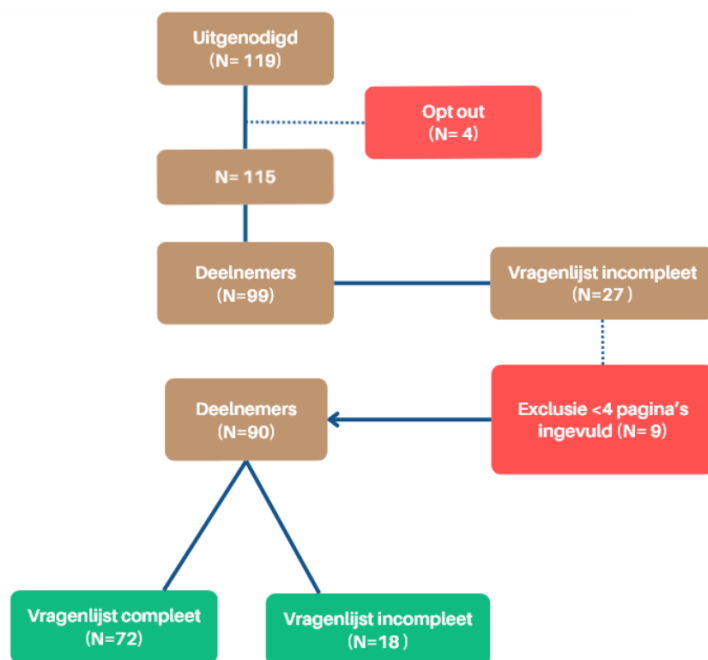
Daarnaast is per vraag de IQR berekend: de inter quartile range. Deze maat geeft een indicatie van de hoeveelheid spreiding in de antwoorden van respondenten. Een kleine IQR (1 of kleiner) wordt gezien al een hoge mate van consensus. Hoe groter de IQR, hoe minder consensus er onder de respondenten was.

Alle descriptieve analyses zijn uitgevoerd met behulp van IBM SPSS v.30

3.2.3 Deelnemers

Vragenlijst 1

Aan het begin van het onderzoek hadden 119 mensen de eerste vragenlijst ontvangen, nadat zij hadden aangegeven interesse te hebben in deelname. Vier deelnemers besloten echter af te haken, waardoor 115 potentiële deelnemers overbleven. Van deze 115 hebben 99 de vragenlijst ingevuld, waarvan 27 slechts gedeeltelijk. De deelnemers die de vierde pagina niet hadden bereikt, werden uitgesloten van de analyse; dit betrof 9 deelnemers. Uiteindelijk zijn er 90 deelnemers opgenomen in de analyse, waarvan 72 de vragenlijst volledig en 18 gedeeltelijk hebben ingevuld. Dit is weergegeven in onderstaande figuur.



Onderstaande tabellen beschrijven de karakteristieken van de deelnemers aan vragenlijst 1. Het grootste deel van de respondenten is werkzaam in een medisch beroep (34,8%). Ook is een aanzienlijk deel werkzaam in de administratieve uitvoering van de SOV en/of de OVV (22,5%). De groep deelnemers werkzaam als uitvoerende in het sociale domein (bijvoorbeeld maatschappelijk werk) is het minst

vertegenwoordigd (5,6%). Als we kijken naar het aantal jaar werkervaring dat de respondenten hebben dan zijn alle categorieën ongeveer gelijk vertegenwoordigd onder de respondenten. Kijkend

naar de verdeling van provincies waarin de respondenten werkzaam zijn, zien we een minder evenredige verdeling. Het is namelijk zo dat met name respondenten uit de randstad goed vertegenwoordigd zijn.

In welke categorie past uw huidige beroep of functie het beste? (N= 89)

Missing= 1

Categorie	Aantal	Procent (%)
Werkzaam in een medisch beroep	31	34,8 %
Werkzaam als uitvoerende in het sociale domein (bijvoorbeeld maatschappelijk werk)	5	5,6 %
Werkzaam in de administratieve uitvoering van de SOV en/of de OVV (bijvoorbeeld onverzekerdenbalie, financiële administ)	20	22,5 %
Werkzaam als manager van een zorginstelling of uitvoerende organisatie	10	11,2 %
Werkzaam als beleidsmaker (bijv. Bij een overheidsinstelling, zorginstelling, uitvoerende organisatie)	10	11,2 %
Overig	13	14,6 %

Hoeveel jaar werkervaring heeft u in uw huidige beroep of functie? (N= 90)

Categorie	Aantal	Procent (%)
0-5 jaar	17	18,9 %
5-10 jaar	19	21,1 %
10-15 jaar	15	16,7 %
10-20 jaar	16	17,8 %
Meer dan 20 jaar	23	25,6 %

In welke provincie bent u werkzaam? (N= 90)

Categorie	Aantal	Procent (%)
Drenthe	2	2,2 %
Flevoland	1	1,1 %

Gelderland	6	6,7 %
Groningen	3	3,3 %
Noord-Brabant	6	6,7 %
Noord- Holland	23	25,6 %
Overijssel	1	1,1 %
Utrecht	14	15,6 %
Zuid-Holland	34	37,8 %

Vragenlijst 2:

Alle deelnemers die bij vragenlijst 1 informed consent hadden getekend, hebben de uitnodiging voor deelname aan vragenlijst twee ontvangen. 4 deelnemers hebben op de knop optout geklikt. Van de overige deelnemers die informed consent hadden getekend hebben 57 de vragenlijst volledig ingevuld en 6 gedeeltelijk. 5 van de gedeeltelijke responsen hadden minder dan de helft van de vragenlijst (<4 pagina's) ingevuld en zijn daarom nog ge-excludeerd voor de analyse. Bij de geanalyseerde antwoorden zitten dus in totaal 57 volledige responsen en 1 gedeeltelijke.

Hoewel het beoordelen van het hebben van de benodigde expertise aan de respondenten overgelaten werd, werd een indicatie verkregen van het zelf ingeschatte kennis niveau door voor zowel de OVV als de SOV de vraag te stellen of men goed op de hoogte is. Bij de beide regeling was de mediaan van de antwoorden op onderstaande stellingen 'eens':

Ik ben goed op de hoogte van de SOV. (N= 90; IQR =1)

Ik ben goed op de hoogte van de OVV. (N= 90; IQR =2)

3.3 Beschrijving methode vragenlijst ervaringsdeskundigen

Voor dit onderzoek is een compacte vragenlijst afgenomen bij mensen die geen zorgverzekering hebben of hadden. Voor deze ervaringsdeskundigen is gefocust op hun ervaringen met het niet en/of weer opnieuw hebben van een zorgverzekering en op het ontvangen van medische zorg toen zij (nog) geen zorgverzekering hadden.

De vragenlijst bestond uit 22 vragen, waarvan een gedeelte met open en een gedeelte met gesloten vragen. Deze vragen waren opgedeeld in vier categorieën: 1) algemene vragen (leeftijd, geslacht, land van herkomst), 2) ervaringen met het niet hebben van een zorgverzekering, 3) ervaringen met het ontvangen van medische zorg zonder zorgverzekering, en 4) meningen over de huidige landelijke regelingen voor medische zorg aan mensen zonder zorgverzekering. Ook op deze vragenlijst is vanuit de klankbordgroep feedback gegeven.

Om potentiële deelnemers te benaderen is contact opgenomen met drie instanties die hulp verlenen aan onder andere mensen zonder zorgverzekering: Het Wereldhuis te Den Haag, en de Pauluskerk en CVD Havenzicht te Rotterdam.¹⁸ Alle drie locaties gingen akkoord met het verzoek tot langskomen.

Bij bezoek aan deze locaties werden deelnemers gerekruteerd door medewerkers van de betreffende locaties, zodat mogelijke deelnemers zich zo veilig mogelijk voelden om deelname te weigeren. Bij interesse in deelname trof de mogelijke deelnemer één of twee onderzoekers, waarbij eerst een volledige uitleg werd gegeven van de inhoud en het doel van het onderzoek. Daarna werd om informed consent gevraagd. Hierbij werd benadrukt dat deelname anoniem was, wat bij deze doelgroep extra belangrijk is.

Zodra mensen toestemming hadden gegeven, werd de keuze voorgelegd om de vragenlijst zelf in te vullen of mondeling antwoord te geven op de vragen van de vragenlijst, waarna de onderzoeker de kern van het antwoord zou opschrijven, bij voorkeur met directe citaten. Deze keuze werd geopperd, omdat deelnemers moeite zouden kunnen hebben met lezen of schrijven. De vragenlijst werd in het Nederlands (5) of Engels (7) afgenomen, mondeling dan wel schriftelijk. In tabel 2 hieronder staan de belangrijkste kenmerken van de deelnemers.

Tabel 2: beschrijvende kenmerken van de bevraagde ervaringsdeskundigen

Categorie	Subcategorie	Aantal (N=12)	Percentage
Geslacht	Vrouw	3	25%
	Man	9	75%
Leeftijd	31-40	2	16,7%
	41-50	4	33,3%
	51-60	4	33,3%
	61-70	1	8,3%
	>70	1	8,3%
Land van herkomst	Land buiten EU	10	83,3%
	Land binnen EU	2	16,7%
Ooit in Nederland zorgverzekering gehad	Ja	4	33,3%
	Nooit	8	66,7%

¹⁸ Het Wereldhuis is een ontmoetings- en informatiecentrum voor mensen zonder geldige verblijfsvergunning. De Pauluskerk biedt hulp aan mensen aan de randen van de samenleving, waaronder dak- en thuislozen en mensen zonder geldige verblijfspapieren. CVD Havenzicht is een nachtopvang voor dak- en thuislozen met een eigen verpleegafdeling.

3.4 Samenstelling en werkwijze klankbordgroep

De klankbordgroep is drie keer online bijeengekomen, namelijk in juli, oktober en december. Tijdens deze sessies werd de opzet van de vragenlijsten besproken, de uitkomsten van de eerste ronde van de Delphi studie en tijdens de laatste bijeenkomst de concept uitkomsten van het onderzoek. Het concept rapport is vanuit de klankbordgroep van feedback voorzien, welke is verwerkt in de definitieve versie.

Leden van de klankbordgroep:

Wehshaad Bholai, beleidsadviseur bij de Stafafdeling Strategie & Beleid van het CAK

Sophie van Dongen, onderzoeker maatschappelijke gezondheidszorg, i.h.b. zorg aan onverzekerde patiënten.

Joost Kadijk, senior beleidsadviseur maatschappelijke ondersteuning bij de gemeente Rotterdam

Maria van den Muijsenbergh, gepensioneerd straatarts in Nijmegen en emeritus hoogleraar Health Disparities and person centred integrated primary care.

Steven Openheim, senior beleidsmedewerker bij de Directie Zorgverzekeringen van het Ministerie van VWS

Marcel Slockers, straatdokter, verbonden aan verpleegafdeling CVD-Havenzicht in Rotterdam

Ron Staallekker, Projectleider Onafhankelijke Cliënt Ondersteuning bij de Stichting Straat Consulaat

4. Het huidige functioneren van de SOV en OVV

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft antwoord op deelvraag 1: Wat is er al bekend uit in Nederland uitgevoerd onderzoek over de effectiviteit en doelmatigheid van de SOV en de OVV? Welke knelpunten resp. positieve factoren zijn hieruit naar voren gekomen?

Dit wordt gedaan door middel van een integratie van de resultaten van de deskstudie naar bestaande kennis over het functioneren van de SOV en de OVV met de resultaten van de Delphi studie. Op basis van de uitkomsten is een ordening gemaakt op deelaspecten, die elk in een afzonderlijke sectie besproken worden, met op basis daarvan in sectie 4.10 een overall conclusie t.a.v. het huidige functioneren van beide regelingen.

De antwoorden op de vragen van de Delphi studie zullen verdeeld over de secties gerapporteerd worden middels vermelden van de mediaan en waar relevant de inter-kwartielafstand (IQR). Deze IQR is een maat voor de spreiding van de antwoorden.¹⁹

4.2 Overzicht belangrijkste knelpunten OVV en SOV volgens de Delphi-studie

In de eerste ronde van de Delphi studie werden respondenten gevraagd naar hun top 3 grootste belemmeringen voor het huidige functioneren van de OVV respectievelijk de SOV. Dit gaf onderstaande uitkomsten zoals weergegeven in tabel 3.

Tabel 3: belangrijkste belemmeringen voor het functioneren van de OVV en SOV

Regeling	OVV	SOV
Nr 1	Onbekendheid/onwetendheid	Onbekendheid/onwetendheid
Nr 2	Administratieve lasten	Administratieve lasten
Daarnaast nog relatief vaak genoemde belemmeringen	<ul style="list-style-type: none"> -Bepalen onder welke regeling de patiënt valt -Definitie / vaststellen van ‘medisch noodzakelijke zorg’ -Discriminatie t.a.v. patiëntengroep -Onzekerheid of CAK uitbetaalt 	<ul style="list-style-type: none"> -Bepalen onder welke regeling de patiënt valt -Definitie / vaststellen van ‘medisch noodzakelijke zorg’ -Discriminatie t.a.v. patiëntengroep -Onzekerheid of CAK uitbetaalt

Wat opvalt is dat de resultaten voor de OVV en de SOV nauwelijks verschillen, zoals door sommige respondenten ook expliciet opgemerkt. Methodologisch was het niet mogelijk om een duidelijke nr. 3 te onderscheiden en de ‘daarnaast nog relatief vaak genoemde belemmeringen’ zijn daarom alfabetisch geordend. Belemmeringen ‘onbekendheid’ en ‘administratieve lasten’ worden hieronder uitgewerkt in een eigen sectie, respectievelijk 4.3 en 4.4. De belemmering ‘bepalen tot welke doelgroep’ wordt samen besproken met ‘administratieve lasten’ in 4.4, ‘Definitie / vaststellen van ‘medisch noodzakelijke zorg’ heeft een eigen sectie (4.7), Discriminatie t.a.v. patiëntengroep’ wordt besproken onder ‘toegankelijkheid van de zorg (4.9) en ‘Onzekerheid of CAK uitbetaalt’ in sectie 4.11.

4.3 (On)bekendheid van en met de regelingen

4.3.1 Opbrengsten literatuuronderzoek

Allereerst is het zinvol een onderscheid te maken tussen weten dat de OVV en de SOV bestaan en de specifieke inhoud en werking ervan. Voor de doelgroep van zorgvragers is het genoeg van het bestaan

¹⁹ Toegepast op de gebruikte Likert schalen is de IQR is een maat voor hoezeer de antwoorden verspreid zijn over de hele range van antwoord opties. Bijvoorbeeld bij een 5-puntsschaal (helemaal oneens, oneens, niet eens of oneens, eens, helemaal eens) betekent een IQR van 1 dat tenminste 50% van de antwoorden gegeven is binnen 2 aangrenzende antwoordcategorieën (bijv. helemaal oneens en eens). Bij een IQR van 0 heeft tenminste 50% van de respondenten hetzelfde antwoord gegeven.

af te weten, terwijl zorgverleners ook de werking goed dienen te kennen, bijvoorbeeld t.a.v. het criterium ‘medisch noodzakelijke zorg’.

Vanaf de invoering van de OVV in 2009 hebben diverse partijen en onderzoekers gewezen op het probleem van onvoldoende bekendheid van en met de regeling. Zo bleek uit de evaluatie van de OVV in 2011, uitgevoerd door adviesbureau Berenschot in opdracht van het Ministerie van VWS, dat de informatievoorziening over de regeling vaak niet doordrong tot de individuele zorgverleners en bijvoorbeeld baliemedewerkers (Berenschot 2011:22).²⁰ Dit kwam volgens Berenschot door de grootte van de instelling en/of door het bestaan van meerdere locaties. Dit leidde dan tot verkeerd informeren van en zorgweigering aan vreemdelingen die niet konden betalen. Over de bekendheid van de OVV onder vreemdelingen merkte Berenschot op dat die groter is wanneer vreemdelingen in contact staan met belangenorganisaties (zoals Dokters van de Wereld) of maatschappelijke opvang organisaties.

Dit beeld wordt bevestigd in het verslag van de bijeenkomst ‘Zorgeloos op straat’. Knelpunt 1 is de ‘onbekendheid en onduidelijkheid over het recht op medisch noodzakelijke zorg bij zorgverleners’ (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, Bureau Nationale ombudsman, en College voor de Rechten van de Mens 2015:1-2). Volgens dit verslag is de onbekendheid, logischerwijze, groter naarmate zorgverleners minder ervaring hebben met zorg aan de doelgroep. Ook stelt het verslag dat er in de opleiding van zorgverleners te weinig aandacht is voor ongedocumenteerden. Knelpunt 2 is identiek aan 1, maar dan voor ongedocumenteerden zelf, waardoor zij zorg mijden. Er zijn binnen de heterogene groep ongedocumenteerde vreemdelingen wel grote verschillen in bekendheid met het bestaan van de OVV. Ook het rapport ‘Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten’ van Pharos uit 2019 constateert, op basis van interviews met medewerkers van steunorganisaties voor ongedocumenteerden, dat onbekendheid bij zorgvragers en zorgverleners met de OVV de toegang tot medische zorg belemmert (Pharos 2019).

Met betrekking tot de SOV is er uit de literatuur minder bekend, waarbij het beeld grotendeels hetzelfde is als bij de OVV, maar mogelijk iets positiever. De evaluatie van de SOV door het Ministerie van VWS geeft aan dat regeling bij de start in 2017 nog onbekend was, maar dat die bekendheid duidelijk is toegenomen. Dit concludeert men o.a. op basis van het sterk toegenomen gebruik en schrijft men mede toe aan voorlichtingsactiviteiten (Ministerie van Volksgezondheid 2021:18, 25). Toch zijn nog niet alle aarzelingen bij zorgverleners verdwenen, waardoor goede communicatie over de SOV en de voorwaarden nodig blijft ([p32]). Het rapport van de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC over de regio Rotterdam-Rijnmond uit 2023 gaat ook in op de bekendheid met de SOV. Men geeft aan dat “Veel onverzekerde zorgbehoefigen kennen de SOV niet en weten dus ook niet dat hun zorgverleners er een beroep op kunnen doen.” En over zorgverleners: “Ondanks de toename in gebruik blijkt de SOV bij veel hulpverleners nog altijd onvoldoende bekend. Dit geldt met name voor de ‘hulpverleners aan de zijlijn’, zoals maatschappelijk werkers van organisaties en gemeentelijke teams die zich niet primair met (medische zorg bij) onverzekerde bezighouden. [...]. Onder reguliere medisch zorgverleners, zoals huisartsen, is de bekendheid [...] wel gegroeid, maar nog altijd niet toereikend. In de grotere SRZ-ziekenhuizen is de financiële administratie geregeld op centraal niveau; hier volstaat globale informatie voor zorgverleners op de werkvloer” (p4-5).

²⁰ Dit betreft dus een evaluatie van 15 jaar geleden en 2 jaar na de invoering van de OVV. Er zijn echter geen meer recente evaluaties van specifiek het functioneren van de OVV beschikbaar. De bevindingen zijn echter vrijwel geheel in lijn met latere bevindingen t.a.v. de OVV die in de (grijze) literatuur beschikbaar zijn.

In vrijwel alle rapporten en studies wordt de grote rol benadrukt van (lokale) steunorganisaties, (landelijk) belangenorganisaties en anderen die als intermediair fungeren tussen de ongedocumenteerde vreemdeling die zorg nodig heeft en de zorgverlenende instantie. Hun rol is vaak cruciaal in het informeren van de vreemdeling en zorgverleners over de relevante rechten en plichten en over de werking van de OVV en de SOV. Een voorbeeld van lokale ondersteuning is het zogenaamde 'Erasmus paspoortje' van het Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt (ROS).²¹ Dit is een document met informatie over de OVV en enkele basisgegevens van de ongedocumenteerde.

Tenslotte zijn er door de tijd heen diverse initiatieven ontplooid om de bekendheid met het bestaan en de werking van de OVV en de SOV te vergroten, waaronder de E-learning Gezondheidszorg voor ongedocumenteerden (2018),²² de E-learning 'Zorg aan onverzekerden in de huisartsenpraktijk (2025)'²³ en de wegwijzer 'Zorg aan onverzekerden (2025)'.²⁴

4.3.2 Opbrengsten vragenlijst ervaringsdeskundigen

Eén respondent bracht het thema 'onbekendheid met de regelingen op': "Het probleem is dat veel mensen niet op de hoogte zijn van de regelingen die er zijn voor mensen zonder zorgverzekering. Ze zoeken vaak geen medische hulp vanwege angst voor deportatie. 'Awareness is important.'".

4.3.3. Opbrengsten Delphi studie

In de eerste ronde van de Delphi studie werd de deelnemers gevraagd naar hun top drie van grootste belemmeringen voor een optimaal functioneren van de OVV en de SOV. Voor beide regelingen was onwetendheid of onbekendheid met en over de regelingen, bij zowel zorgverleners, ondersteunend personeel en zorgvragers met afstand het meest genoemd als grootste belemmering. Het onderstaande biedt een samenvattende weergave van de antwoorden van respondenten die onbekendheid als belemmering in de top drie zetten.

OVV

Respondenten benoemden als grootste belemmering voor het goed functioneren van de OVV vooral onwetendheid en onbekendheid met de regeling bij zorgaanbieders, maar ook bij de doelgroep van zorgvragers en ondersteunend personeel zoals baliemedewerkers. Men gaf aan dat de doelgroep niet goed bekend is met de regeling en hun recht op zorg en dat dit ervoor zorgt dat de doelgroep te lang wacht met het zoeken van hulp. Verder noemde men dat ook onder zorgpersoneel onbekendheid heerst, onder andere over de rechten en plichten van onverzekerden.

Quote (R63): "Nog vaak onbekendheid over op welke zorg mensen recht hebben en dat de kosten vergoed worden als mensen niet zelf kunnen betalen. Wordt gezien als ingewikkelde regelingen voor "ingewikkelde zorgvragers".

SOV

²¹ <https://stichtingros.nl/hulpnodig>

²² <https://www.johannes-wier.nl/documentatie/e-cursus-gezondheidszorg-voor-ongedocumenteerden/>

²³ <https://academie.lhv.nl/nascholing/e-learning-zorg-voor-onverzekerden-in-de-huisartsenpraktijk/>

²⁴ <https://www.skgz.nl/nieuws/nieuwe-wegwijzer-ondersteunt-zorgaanbieders-bij-zorg-aan-onverzekerden>

Onwetendheid of onbekendheid met de SOV onder personeel van zorgverlenende instanties werd het meest genoemd als belemmering voor het huidige functioneren van de SOV. Met betrekking tot de doelgroep werd vaak genoemd dat patiënten hun rechten niet goed weten of dat er bij hen onbekendheid over de regeling bestaat. Specifieke groepen waar de onwetendheid of het gebrek aan kennis aan werd gekoppeld, waren verder nog baliepersoneel en zorgverzekeraars.

In de tweede ronde van de Delphi studie is voor acht mogelijke oorzaken voor een beperkte toegang tot zorg voor onverzekerden gevraagd naar hun aandeel. Voor de drie vragen die over onbekendheid met de OVV en SOV gingen staan hieronder de resultaten:

In welke mate dragen de volgende oorzaken eraan bij dat onverzekerde patiënten medisch noodzakelijke zorg soms niet ontvangen?

A. Onbekendheid met de SOV en OVV bij zorgverleners. Hier was het mediane antwoord 'in sterke mate' (N= 54; IQR= 3; Heb ik geen zicht op= 4)

B. Onbekendheid met de SOV en OVV bij ondersteunend personeel van zorgverleners (o.a. receptionisten, doktersassistenten, etc.). Hierbij was het mediane antwoord ook 'in sterke mate' (N= 55); IQR= 1 ; Heb ik geen zicht op= 3).

C. Onbekendheid met de SOV en OVV bij onverzekerde patiënten zelf. Ook hier was het mediane antwoord 'in sterke mate' (N= 51; IQR= 2 ; Heb ik geen zicht op= 7)

Ook werd in de tweede ronde gevraagd op welke manier deelnemers hun kennis van de SOV en de OVV opgedaan hebben. In de resultaten in tabel 5 hieronder staat "N= " voor het aantal mensen dat 'ja' heeft geselecteerd bij de betreffende antwoordoptie:

Tabel 5 Bronnen van kennis over de SOV en de OVV

Op welke manier is kennis opgedaan over de SOV en OVV (meerdere opties mogelijk)?	N (%)
Via collega's	39 (67,2%)
via voorlichting door maatschappelijke organisaties (bijv. Pharos, Dokters van de Wereld, etc.)	18 (Lampion) (39,7%)
via voorlichting door (semi)overheidsorganisaties (bijv. CAK, Ministerie van VWS, etc.	20 (34,5%)
via voorlichting door maatschappelijke organisaties (bijv. Pharos, Dokters van de Wereld, etc.)	18 (31%)
Tijdens mijn opleiding	5 (8,6%)

Tenslotte werd in de tweede ronde gevraagd naar de opvattingen van de deelnemers over de Haagse aanpak om de doelgroep beter te informeren en sterker te laten staan:

“Er lopen verschillende initiatieven om de hoeveelheid kennis over de SOV en OVV bij betrokken partijen (zorgverleners, patiënten, etc.) te vergroten. We leggen nu één voorbeeld aan u voor: in Den Haag geven diverse steunpunten aan onverzekerde patiënten een informatiebrief om hen te informeren over hun rechten en plichten t.a.v. het ontvangen van medisch noodzakelijk zorg. Deze brief kunnen zij ook gebruiken in hun contact met zorgverleners, waar nodig om sterker te staan. Hoe effectief is volgens u dit beleid voor het daadwerkelijk ontvangen van medische noodzakelijke zorg door onverzekerde patiënten?”

Het mediane antwoord was ‘redelijk effectief’, (N =39; IQR= 1; Heb ik geen zicht op N = 18).

Ook werd deelnemers gevraagd te reageren op de stelling: 6. Deze aanpak heeft meer voordelen dan nadelen (Eens: N= 34, 61,8%; Oneens: 21 N= 21, 38,2%).

De deelnemers konden desgewenst hun antwoorden toelichten. Onder respondenten die vonden dat de Haagse aanpak meer nadelen dan voordelen heeft werden o.a. als redenen genoemd de zorg dat de prikkel om zich te verzekeren of bij te dragen aan de rekening verdwijnt en zorgtoerisme wordt aangewakkerd. Ook was er twijfel over de effectiviteit en vonden sommigen dat de focus juist zou moeten liggen op meer mensen verzekeren en juist de zorgverleners beter informeren. Respondenten die meer voordelen zagen noemden o.a. dat de doelgroep zo beter geïnformeerd wordt, o.a. over hun rechten en zo minder snel afgeschrikt wordt. Ook worden zo zorgverleners beter geïnformeerd.

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- Onbekendheid met het bestaan en inhoud van de OVV en de SOV bij zorgverleners, ondersteunend personeel en zorgvragers werd door respondenten met afstand het meest genoemd als de grootste belemmering voor het functioneren van beide regelingen.
- Volgens respondenten draagt dat er ‘in sterke mate’ aan bij dat onverzekerde patiënten medisch noodzakelijke zorg soms niet ontvangen.
- De belangrijkste bron van kennis van de OVV en de SOV zijn collega’s en ook voorlichting door maatschappelijke- en semi-overheidsorganisaties scoren hoog. Opleiding werd weinig genoemd.
- De meerderheid zag meer voordelen dan nadelen in de Haagse aanpak om de doelgroep via een informatiebrief te informeren over hun rechten en plichten t.a.v. het ontvangen van medisch noodzakelijke zorg. Zo wordt de doelgroep minder snel afgeschrikt. Een substantiële minderheid vreesde dat de prikkel om zich te verzekeren zo vermindert en zorgtoerisme wordt aangemoedigd.

Samengenomen bevestigen bovenstaande uitkomsten van de Delphi-studie het beeld van de literatuurstudie dat onbekendheid met het bestaan en de inhoud van de OVV en de SOV bij alle betrokkenen nog steeds een belangrijke belemmering is voor het goed functioneren van beide regelingen. Aan de deelnemers van de Delphi studie is ook gevraagd hoe het probleem van de onbekendheid aangepakt zou kunnen worden. De opbrengsten daarvan worden samen met bevindingen vanuit de literatuur beschreven in hoofdstuk 6, dat gaat over hoe een mogelijke nieuwe regeling vormgegeven kan worden.

4.4 Administratieve lasten van de SOV en de OVV

Bij het thema ‘administratieve lasten van de SOV en OVV’ is het zinvol een onderscheid te maken tussen enerzijds *welke gegevens* precies aangeleverd dienen te worden aan het CAK (of andere instanties) en *wanneer* en anderzijds het *proces van het aanleveren* van die gegevens. De totale administratieve last wordt immers door beide aspecten bepaald en beide aspecten zijn in de loop der jaren gewijzigd. Belangrijke gegevens die aangeleverd dienen te worden zijn o.a. BSN, geboortedatum/jaar, nationaliteit, achternaam en geslacht. Met name heeft het CAK de afgelopen jaren het declaratieproces voor steeds meer groepen zorgverleners volledig gedigitaliseerd. Hierdoor is het beeld dat uit het literatuuronderzoek en de Delphi studie naar voren komt, voor een deel nog gebaseerd op het papieren declaratieproces.

4.4.1 Opbrengsten literatuuronderzoek

Het evaluatierapport van Berenschot over de OVV gaat niet specifiek in op de administratieve lasten voor zorgverleners. Wel benoemt het dat zorgverleners het in de praktijk lastig vinden om vast te stellen of een persoon tot de doelgroep van de OVV behoort. Men let op aspecten zoals het ontbreken van een zorgverzekering of BSN, terughoudendheid met het verstrekken van een verblijfplaats en het ‘profiel’ (kleding, houding, taal) van de patiënt en het ontbreken in registratiesystemen. Soms kunnen doorverwijzers of steunorganisaties aangeven of iemand tot de doelgroep van de SOV behoort (Berenschot 2011:14). Er zijn geen andere evaluaties of studies gevonden die rapporteren over de administratieve last van de OVV.

De evaluaties van de SOV door het Erasmus MC (Van Dongen e.a. 2023) en door VWS (Ministerie van Volksgezondheid 2021) gaan wel expliciet in op de administratieve last van de SOV. Veel bevroegde zorgprofessionals in het onderzoek van Van Dongen *et al.* riepen op “de declaratie-/subsidieprocedures voor de SOV te vereenvoudigen” (p73). Men was dan ook enthousiast over de digitaliseringsslag van het CAK en vond ook dat de effecten daarvan al zichtbaar waren (p 53). In de evaluatie door VWS concludeerde men dat de geïnterviewde veldpartijen erg tevreden waren over de SOV, “met uitzondering van de hoge administratieve last die erbij komt kijken” (p 29). Het rapport observeert dat die last wel verschilt tussen zorgverleners. Bijvoorbeeld huisartsenpraktijken, die de regeling niet zo vaak gebruiken, zijn meer tijd kwijt aan declareren dan dat het oplevert, terwijl die balans voor ziekenhuizen veel gunstiger is. Dit leidt ertoe dat die eerste categorie zorgverleners de kosten voor eigen rekening nemen of de zorg niet verlenen (p19). Verder benoemt de evaluatie door VWS nog de extra administratieve afstemming tussen het CAK en de Zorgverzekeraar in het geval iemand met terugwerkende kracht verzekerd wordt (p28).

De evaluatie van (Van Dongen e.a. 2023) gaat ook nog in op de administratieve lasten gerelateerd aan de in 2022 afgeschafte meldplicht bij de GGD-GHOR. Een aantal van hun respondenten ervoer de meldplicht als een extra last (Van Dongen e.a. 2023:46, 60-61). Dit hing o.a. samen met de tijdsdruk (binnen 7 dagen melden) en de soms ingewikkeldheid van het vragen van toestemming voor de melding aan complexe patiënten. De medewerkers van het Rotterdamse Meldpunt Onverzekerden Zorg die de door GGD-GHOR doorgezette meldingen verwerkten, vonden de administratieve last hoog. Dat was omdat het werk “handmatig, tijdrovend, saai en foutgevoelig” was. Bovendien bevatte een groot gedeelte van de meldingen te weinig persoonsgegevens om actie op te kunnen ondernemen om de betreffende patiënt (weer) verzekerd te krijgen (Van Dongen e.a. 2023:59).

4.4.2 Opbrengsten Delphi-studie

De bevindingen zullen weer eerst voor de OVV en daarna voor de SOV beschreven worden.

OVV

In de eerste ronde van de Delphi studie werd de volgende stelling voorgelegd: “De administratieve last voor zorgaanbieders die de OVV met zich meebrengt is acceptabel. Het mediane antwoord is 3 (niet meer oneens, niet mee eens). IQR= 2; (N= 77).

Zoals de grote inter-kwartiel range (IQR) aangeeft, waren de meningen verdeeld. Dat blijkt ook uit hun gegeven toelichtingen bij deze vraag. Van de deelnemers die de last **onacceptabel** vinden, geven sommigen aan dat de last is verbeterd door de digitalisering, maar dit lijkt nog niet overal het geval te zijn. Verder werd het administratieve proces als tijdrovend en complex gezien en werd gezegd dat digitaal declareren problemen kent, mogelijk samenhangend met hoe ervaren de gebruiker is. Onzekerheid rond betaling of onvoldoende dekking draagt, naast de te verzamelen (onbekende) persoonsgegevens, ook bij aan een grotere ervaren last rond het administratieve proces.

Respondenten die de administratieve last van de OVV **acceptabel** vinden schreven dit toe aan de verbeteringen t.o.v. vroeger. Ze vinden dat de administratieve last door de digitalisering is verbeterd t.o.v. op papier, al blijft men het proces ingewikkeld vinden. Hierbij worden de declaratie en het bepalen of iemand in aanmerking komt voor de regeling genoemd.

SOV

Het mediane antwoord op de stelling “De administratieve last voor zorgaanbieders die de SOV met zich meebrengt is acceptabel was 3 (niet mee oneens, niet mee eens). IQR= 2; (N= 67).;

De respondenten die de administratieve last **onacceptabel** vinden (*helemaal mee*) *oneens* weten dit aan problemen met het digitaal declareren. Er werd onder anderen genoemd dat er nog geen optimale digitalisering is. Verder werd aangehaald dat de administratie tijdrovend is en het declaratieproces ingewikkelder is dan voor verzekerde patiënten bij zorgverzekeraars. De hoge administratieve last werd ook geweten aan incomplete dossiers en onduidelijkheden, zoals bij zorgverleners t.a.v. de regeling of bij het CAK t.a.v. de ingediende declaratie.

“Vaak moeten gegevens aangeleverd worden die wij als zorgverlener niet krijgen van de patiënt en dus niet bekend zijn (geboorteland/nationaliteit/BSN) of levert de declaratietermijn beperkingen op. Op het moment van verlenen van zorg is ook niet altijd duidelijk onder welke regeling de patiënt valt wegens het ontbreken van gegevens of niet spreken van de taal. Of wordt pas later duidelijk dat het een onverzekerde patiënt is.” (Quote R62).

Verder werd aangegeven dat de administratieve last een drempel kan zijn om de geleverde zorg te declareren en dat ondanks de inspanning de declaratie soms alsnog niet vergoed wordt. Wel vindt een aantal respondenten de administratieve last al verbeterd de laatste tijd door digitalisering.

De respondenten die vinden dat de administratieve last van de SOV **acceptabel** is (dus antwoord ‘(helemaal) eens’) noemen dat Vecozo de administratieve last heeft verbeterd. Wel noemen zij ook een nadeel, namelijk dat het lastig of onduidelijk kan zijn om te beoordelen wie in aanmerking komt voor de regeling.

Dat laatste aspect komt overeen met de uitkomst hierboven al genoemd in 4.2, namelijk dat het ‘bepalen onder welke regeling de patiënt valt’ bij zowel de OVV als de SOV een relatief vaak genoemde belemmering was. Vaak werd aangegeven dat respondenten het lastig vinden om de doelgroep te bepalen. Daarnaast werd ook aangegeven dat het soms onbekend is of een patiënt daadwerkelijk recht heeft op een vergoeding via de SOV en dat op het moment van zorgverlening niet altijd vast te stellen is onder welke regeling iemand valt en dus of de geleverde zorg vergoed zal worden.

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- In antwoord op de stelling dat de administratieve last acceptabel is, was voor zowel de OVV als de SOV het mediane antwoord ‘niet mee oneens, niet mee eens’.
- Redenen om de last (helemaal) niet acceptabel te vinden hadden te maken met het tijdrovende en complexe proces van declareren, hoewel de digitalisering wel als een verbetering ervaren wordt (maar nog niet probleemvrij). Ook is het vaak lastig de benodigde gegevens te verkrijgen.
- Soms is het lastig te bepalen of een patiënt onder de doelgroep valt en de geleverde zorg vergoed zal worden.

Concluderend is er ook bij de administratieve lasten van de OVV en de SOV een grote overeenstemming tussen de bevindingen uit de literatuur en de resultaten van de Delphi studie. Daarbij is het bemoedigend dat het positieve effect van de digitalisering door het CAK duidelijk zichtbaar is in de respondent antwoorden. Tegelijk blijkt dat een aanzienlijk deel van de administratieve last niet zomaar te verhelpen valt door het stroomlijnen van de processen, maar samenhangt met de complexiteit van de doelgroep(en) en van het verkrijgen van de te rapporteren gegevens, zoals persoonskenmerken.

4.5 Omgang met de inspanningsverplichting

De zogenaamde ‘inspanningsverplichting’ vloeit voort uit de bepalingen van de OVV en de SOV dat geen bijdrage (OVV) of subsidie (SOV) “wordt verstrekt voor zover de kosten voor de verleende zorg: a. op de onverzekerde persoon kunnen worden verhaald”.²⁵ Oftewel, zorgverleners hebben de verplichting om na te gaan of de onverzekerde patiënt de rekening zelf deels of geheel kan betalen. Dit doet ook recht aan het solidaire karakter van het Nederlandse zorgstelsel en draagt bij aan het draagvlak voor beide regelingen. In 2.3 is al benoemd dat, overeenkomstig de oorspronkelijke toelichting bij de SOV zelf,²⁶ volgens VWS deze verplichting voor de SOV “in beginsel kan worden vervuld door aan de patiënt te vragen of hij kan betalen” (Ministerie van Volksgezondheid 2021:12). Ook is het zo dat het CAK niet toetst of en in hoeverre zorgverleners aan hun inspanningsverplichting voldaan hebben (Ministerie van Volksgezondheid 2021:20). Voor de OVV geldt een verdergaande

²⁵ Zie de artikelen 3a van de OVV en 4a van de SOV. Hier volgt ook nog o.a. de uitsluitingsgrond “b. op grond van een andere wettelijke regeling kunnen worden vergoed”. Hoewel het vaststellen hiervan ook inspanning vereist, is dit in feite de administratieve last verbonden met het bepalen welke regeling op de onverzekerde patiënt van toepassing is. Dat is al besproken in 4.4.

²⁶ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-10332.html> Zie bij de artikelsgewijze toelichting: Artikel 3, lid 3 en 4.

inspanningsverplichting dan de SOV. Volgens de memorie van toelichting dient de zorgaanbieder voordat een beroep gedaan wordt op de OVV eerst de 'illegaal' een rekening mee te geven of te sturen.²⁷

4.5.1 Bevindingen vanuit de literatuur

Uit de literatuur blijkt dat er in de praktijk heel verschillend invulling gegeven wordt aan de inspanningsverplichting (Berenschot 2011:15; Pharos 2019:22; Van Dongen e.a. 2023:45, 53). Sommige zorginstellingen, met name ziekenhuizen, sturen in principe altijd een rekening naar de patiënt en vaak ook een aanmaning. Ook een optie is een betalingsregeling en verder komt het vaak voor dat onverzekerde patiënten een bedrag van 200 of 300 euro moeten pinnen voordat zij zorg kunnen krijgen. Andere zorgaanbieders vragen slechts of de patiënt zelf kan betalen en sturen als een ongedocumenteerde vreemdeling aangeeft dit niet te kunnen, de rekening direct naar het CAK. Dit gebeurt soms ook op aangeven van een steunverlener die verklaart dat de onverzekerde patiënt niet kan betalen. De experts uit een panelstudie naar casussen in de zorg aan onverzekerden noemden deze praktijkvariatie een vorm van rechtsongelijkheid (Van Dongen en Van Beeck 2025:63).

Sommige zorgadministratiemedewerkers ervaren een moreel dilemma t.a.v. hoe de inspanningsverplichting uitgevoerd dient te worden. Zij sturen eerst de rekening om zo vast te kunnen stellen dat iemand niet zelf kan betalen als die de rekening niet voldoet. Maar met dit soort hoge rekeningen wordt volgens hen onverzekerden angst aangejaagd, terwijl degenen die niets betalen worden 'beloond' met het aanvragen van subsidie bij het CAK (Van Dongen e.a. 2023:45). Deze zorgadministratiemedewerkers interpreteren de inspanningsverplichting dus strikter dan volgens VWS in de SOV regeling bedoeld is (het onderzoek van Van Dongen *et al.* heeft betrekking op de SOV)

4.5.2 Bevindingen vanuit de Delphi studie

Een groot deel van de respondenten geeft aan dat zij of de instelling waarbij zij werken vormgeven aan de inspanningsverplichting door aan de patiënt zonder zorgverzekering te vragen of zij zelf kunnen betalen. Hierbij geeft een deel van de respondenten aan dat ze rekening houden met het feit dat mensen niet het hele bedrag kunnen betalen dus dat hen gevraagd wordt om bij te dragen naar draagkracht.

Ook geeft een groot deel van de respondenten en/of hun zorginstelling invulling aan de inspanningsverplichting door de factuur (vaak) eerst naar de patiënt zelf te sturen, vóórdat ze het bedrag declareren bij het CAK. Ook zijn er verschillende respondenten en/of zorginstellingen die de onverzekerde patiënten om een voorschot vragen. Of er een voorschot wordt gevraagd kan volgens een respondent wel afhangen van de doelgroep: "Een buitenlandse onverzekerde patiënt wordt altijd eerst gekeken of patiënt van tevoren kan betalen. Met illegalen/onverzekerbare vreemdelingen is dit vaak niet het geval."

Bij de respondenten/zorginstellingen die de factuur in eerste instantie naar de patiënt sturen, geeft een deel aan dat ze ook betalingsherinneringen en/of een aanmaningsbrief sturen bij het uitblijven van betaling. Betalingsherinneringen worden gegeven in de vorm van een mail, brief en/of telefonisch. Naast een betalingsherinnering/aanmaningsbrief wordt er in enkele gevallen ook een incassobureau of deurwaarder ingeschakeld wanneer de factuur niet wordt betaald door de patiënt. Om patiënten te helpen de factuur te betalen wordt er regelmatig een betalingsregeling afgesloten.

²⁷ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-31249-3.html>, p. 22

Als iemand niet betaalt gaat na loop van tijd de factuur naar het CAK. Wanneer een patiënt dan toch nog een betaling doet stort men dit geld terug naar het CAK als die de rekening al had betaald. Verder geven enkele deelnemers aan dat er binnen de organisatie een loket of balie is waar medewerkers de inspanningsverplichting regelen. Soms wordt er ook hulp geboden om verzekerd te raken of gevraagd waarom iemand niet verzekerd is.

Tenslotte, niet alle zorgverleners/zorginstellingen vragen aan de patiënt om zelf te betalen. Zo wordt door een aantal aangegeven dit niet of bijna nooit te doen bij een doelgroep die het hoogstwaarschijnlijk toch niet kan betalen. Ook wordt er weleens onderscheid gemaakt tussen de patiënten van de SOV en OVV. Zo gaf een respondent aan: "Factuur bij SOV zowel naar patiënt als CAK gestuurd. Factuur bij OVV gaat alleen naar CAK."

In de tweede ronde van de Delphi-studie werd onderstaande vraag ook gesteld in relatie tot de inspanningsverplichting: "In welke mate dragen de volgende oorzaken er aan bij dat onverzekerde patiënten medisch noodzakelijke zorg soms niet ontvangen?", gevolgd door "De inspanningsverplichting van de zorgaanbieder om de kosten te verhalen op de patiënt schrikt de zorgaanbieder af" Het mediane antwoord hierop was 'in enige mate' (N=49:IQR=2; heb ik geen zicht op N=9).

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- Er is grote variatie in de wijze waarop zorgverleners, administratief medewerkers en instellingen omgaan met de inspanningsverplichting: dit varieert van direct bij het CAK declareren tot aan het sturen van een deurwaarder, met daartussen in o.a. het enkel vragen of de onverzekerde patiënt (een deel van) de rekening kan betalen of het sturen van een rekening inclusief aanmaningen. Ook het vooraf laten betalen van 200 of 300 euro komt voor.
- Welke aanpak professionals hanteren hangt ook af van de doelgroep en eventueel informatie van de doorverwijzende (straat)arts
- Volgens de respondenten draagt de inspanningsverplichting er 'in enige mate' aan bij dat onverzekerde patiënten medisch noodzakelijke zorg soms niet ontvangen.

4.6 Omgang met het criterium 'tijdelijk verblijf'

Zoals besproken in 2.2 dekt de OVV medisch noodzakelijke zorg "slechts voor zover de zorgaanbieder verstrekking ervan, gezien de aard van de prestaties en de verwachte duur van het verblijf van de vreemdeling, medisch noodzakelijk acht" (lid 2, art 122a). De SOV regeling kent geen soortgelijke bepaling t.a.v. de verwachte verblijfsduur, omdat deze in het begin in 2017 exclusief van toepassing was op verzekeringsplichtigen, waarvan het de bedoeling was dat deze zich weer zouden verzekeren. Men had daarbij het oog op ingezetenen met verward gedrag en/of zonder dak. Hierdoor gaat het in de literatuur in verband met de verwachte verblijfsduur over de OVV en de doelgroep van onverzekerbare vreemdelingen.

4.6.1 Bevindingen vanuit de literatuur

Voor hulpverleners in het medische en sociale domein wordt het als onderdeel van hun beroep gezien om waar nodig het perspectief op een duurzaam verblijf in NL aan de orde te stellen en wanneer dat er niet is een terugkeer naar het land van herkomst te bespreken (Bloemen 2019:20;

Sikkel 2025). Uit de literatuur werd niet duidelijk in hoeverre zorgverleners dit doen en hoe vaak dit leidt tot een daadwerkelijke terugkeer.

In de praktijk zijn zorgverleners soms terughoudend om een behandeling te starten wanneer de verblijfsduur van hun onverzekerde patiënt onduidelijk is. Dit speelt met name in de GGZ, omdat daar behandelingen vaak langer duren om effectief te zijn, waarvoor bovendien ook een voldoende stabiele thuisbasis nodig is (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015:4; Dokters van de Wereld 2018:57). De Johannes Wier Stichting heeft een handreiking opgesteld voor het omgaan met de ethische dilemma's die zorgverleners in de GGZ hierdoor kunnen ervaren (Kramer e.a. 2015).

4.6.2 *Bevindingen vanuit de Delphi studie*

In de eerste ronde werd gevraagd te reageren op de stelling: "Zorgverleners zijn in staat om een betrouwbare inschatting te maken van hoelang iemand nog in Nederland zal blijven". Het mediane antwoord was 'bijna nooit' (N= 69; IQR= 0; Ik heb geen zicht op dit onderwerp N= 6).

Er is niet gevraagd om een nadere toelichting, maar wat opvalt is dat de respondenten het hierover zeer eens waren (IQR van 0).

Concluderend lijkt er relatief weinig bekend over hoe zorgverleners in de praktijk omgaan met het inschatten van de verblijfsduur in relatie tot het al dan niet verlenen van zorg. In de tweede ronde van de Delphi is er wel uitvraag gedaan naar de opvattingen van de respondenten t.a.v. het eventueel aannemelijk moeten maken van de verwachte verblijfsduur (zie 6.4).

4.7 *Omgang met criterium 'medisch noodzakelijke zorg'*

Zoals besproken in 2.2 en 2.3 wordt in zowel de OVV als de SOV het begrip medisch noodzakelijke zorg uitgelegd in termen van het verzekerde basispakket (behoudens enkele uitzonderingen). Voor de OVV komt daar nog de Wlz-zorg bij. Voor beide regelingen geldt dat de arts bepaalt of er daadwerkelijk sprake is van medisch noodzakelijk te verlenen zorg.

Deze operationalisatie van 'medisch noodzakelijke zorg' is met name het resultaat van het rapport van de Commissie Klazinga, dat stelde dat verzekerde personen en onverzekerde vreemdelingen in beginsel dezelfde zorg dienen te krijgen (Derckx 2021:78-79). De commissie definieerde medisch noodzakelijke zorg als passende en verantwoorde zorg. Ofwel, zorg die zorgvuldig volgens de professionele standaard is geïndiceerd en effectief, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de 'reële behoefte' van de patiënt is (Commissie Klazinga 2007:42). Kosten- en doelmatigheidsoverwegingen mogen alleen een rol spelen in de keuze tussen mogelijke behandelingen voor een onverzekerde vreemdeling wanneer deze opties binnen de professionele standaard blijven. In de praktijk betekent bovenstaande dat voor zowel verzekerde als onverzekerde patiënten alleen die medisch noodzakelijke zorg toegankelijk is die vanuit het basispakket vergoed wordt.

4.7.1 *Bevindingen uit de literatuur*

In de wetenschappelijke en grijze literatuur is relatief veel geschreven over de rol van het begrip 'medisch noodzakelijk' in de zorg aan onverzekerden. Een eerste hoofdthema is de observatie dat niet alle medisch noodzakelijke zorg in het basispakket zit en dat dit voor onverzekerde personen tot problemen kan leiden, vooral als zij - zoals vaak het geval is - onvoldoende inkomsten hebben (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken et al. 2015:4; Derckx 2021:79-80, 195; Dokters van de

Wereld 2018:23–24). Derckx noemt als voorbeelden van zorg die niet in het basispakket zit “mondzorg voor volwassenen, anticonceptie, abortus provocatus, palliatieve zorg, bepaalde medicatie en fysiotherapie” (p159). Men merkt daarbij wel op dat dit ook een probleem is voor wel verzekerde mensen met beperkte financiële middelen. In de huidige praktijk zijn er particuliere initiatieven opgezet met als doel te voorzien in medisch noodzakelijke zorg die buiten het pakket valt, zoals mondzorg (Bloemen, 2019:19).

Een tweede vaak gedane observatie is dat er in de praktijk nog steeds beperktere interpretaties van het criterium ‘medisch noodzakelijk’ bestaan dan zoals bedoeld in de OVV en de SOV (Bloemen 2019:19; Pharos 2019:9; Van Dongen et al. 2023:55). Het wordt dan meestal versmald tot acute zorg, hoogstnoodzakelijke zorg, of zorg in levensbedreigende situaties. Dit heeft dan te maken met een gebrek aan kennis bij zorgverleners en instellingen, maar ook persoonlijke opvattingen over waar onverzekerden recht op hebben kunnen een rol spelen. In de evaluatie van Berenschot van de OVV hadden de meeste geïnterviewden “weinig problemen bij het bepalen van het criterium medisch noodzakelijke zorg” en wordt deze beperking niet gesignaleerd (Berenschot, 2011, p15).

4.7.2 *Bevindingen uit de Delphi studie*

In de eerste ronde van de Delphi studie werd gevraagd naar knelpunten m.b.t. het huidige functioneren van de OVV en de SOV. Het thema wat medische noodzakelijke zorg inhoudt en wat eronder valt kwam, zoals in 4.2 al benoemd, relatief vaak naar voren. Een respondent sprak van “verwarring over begrip 'medisch noodzakelijke zorg' Men denkt soms dat dat alleen acute zorg betreft.” (QR94 SOV 1-na grootste belemmering). Een ander benoemde “verwarring over medisch noodzakelijke zorg en medische noodsituatie” (OVV 1- na grootst QR 81). Men is dan ook onzeker over welke zorg vergoed wordt.

Om dit thema uit te diepen werd in de 2^e ronde van de Delphi aan de medische zorgverleners de volgende vraag gesteld: Hoe vaak heeft u in uw eigen werk moeite om te bepalen of er bij een patiënt wel of geen sprake is van ‘medische noodzakelijke zorg’? Het mediane antwoord was ‘bijna nooit’ (N= 31; IQR= 2; Missing= 27)

Hierop volgde de vraag om desgewenst toelichting te geven op hun antwoord. De respondenten die aangaven (bijna) nooit moeite te hebben met inschatten of iets medisch noodzakelijke zorg is, noemden dat dit kwam doordat ze een duidelijke definitie hanteren. De definitie die werd genoemd was alle zorg uit het basispakket (en noodzaak gewogen door een zorgverlener) ook werd de definitie van de commissie Klazinga genoemd.

Andere respondenten geven aan dat het ze (bijna) nooit moeite hebben met het vaststellen van medisch noodzakelijke zorg, omdat het in hun werkveld, de GGZ of de acute zorg, over het algemeen helder is. Zo zegt iemand: “Acute zorg is vaak erg eenduidig daarin” een andere respondent zegt: “In de GGZ is de DSM V een duidelijk instrument, (...)”.

Er waren maar twee respondenten die een toelichting gaven en aangaven soms moeite te hebben met bepalen of er sprake is van medisch noodzakelijke zorg. Zij noemen dat dit ook afhangt van de zorg mogelijkheden in het thuisland: “-zorgtoerisme zorgt ervoor dat dit soms moeilijk te bepalen is. Kan het niet in lang van herkomst verricht worden”. De andere respondent schreef het volgende: “Hangt af of de zorgvraag klinisch of poliklinisch is en wat de mogelijkheden voor zorg zijn in eigen land”.

Ook in de groep respondenten die aangaf hier vaak moeite mee te hebben, waren er maar twee die een toelichting gaven. Het volgende werd genoemd: “-er is binnen een groep behandelaars bijna

altijd discussie, zo ook bij ons.” De andere respondent lijkt niet persoonlijk, maar eerder bij anderen vaak problemen te ervaren over de definitie van noodzakelijke zorg, hij/zij schreef: “ Ik kan de regeling dromen, maar ziekenhuis personeel framed de zorg noodzakelijkheid zodanig dan ze niet hoeven. Huisartsen en ik zijn verbaast over de kwaliteit van de zorg als ze dan terugkeren op straat of 1-e lijn. Bij een Nederlandse in verzekering zijnde persoon zou er vaak anders gehandeld worden. We kijken ernaar en kunnen niets.”

Om eventuele interpretatieverschillen op het spoor te komen werd aan medische zorgverleners vervolgens de open vraag gesteld: Welke definitie of omschrijving van ‘medisch noodzakelijke zorg’ past u toe bij uw zorgverlening aan onverzekerde patiënten?

De meeste respondenten hanteren voor de definitie van ‘medisch noodzakelijke zorg’ alle zorg die ook in het basispakket zit, waarbij een aantal de bekende uitzonderingen noemt (o.a. fertiliteitszorg en genderzorg). Enkele respondenten benoemden daarbij de rol van de arts in het vaststellen van welke zorg noodzakelijk is. Ook veel respondenten noemen dat ze ‘medisch noodzakelijke zorg’ zien zoals ze dit ook voor andere patiënten definiëren: “ Praktisch betekent dat een zorgverlener medisch noodzakelijke zorg als de zorg kan beschouwen die hij ook aan anderen zou verlenen.” Deze groep respondenten focuste in hun respons er met name op dat er geen onderscheid moet zijn tussen verzekerde en niet verzekerde patiënten.

Ook waren er respondenten die ‘medisch noodzakelijke zorg’ definieerden als zorg die geleverd moet worden ter voorkoming van verslechtering van de gezondheid of als zorg waar zonder iemand niet in staat is te herstellen. Zo schreef een respondent: “Als de patiënt zonder die zorg niet beter kan worden, herstellen of blijvende vermindering heeft van kwaliteit van leven en/of gezondheid.” Ook werden er door enkele respondenten tijden gekoppeld waar binnen de zorg geleverd moet worden om als ‘medisch noodzakelijk’ te worden gezien. Zo schreef een respondent: “ Zorg die binnen 24uur verleend dient te worden ter voorkoming van erger letsel en of schade, en/of ter voorkoming van het verslechteren van de gezondheidstoestand.

De sterke aansluiting bij de zorg uit het basispakket en ook de rol van de arts in het vaststellen dat die zorg noodzakelijk is, is geheel in lijn met de bepalingen van de OVV en de SOV. Daaruit blijkt dat deze respondenten de regelingen goed kennen. De gelijkschakeling tussen wat medisch noodzakelijk is voor verzekerden en onverzekerden sluit daar goed bij aan. Immers, ook voor verzekerden bepaalt het basispakket grotendeels tot welke medisch noodzakelijke zorg zij toegang hebben. Bij de respondenten die een antwoord gaven in de trant van ‘zorg die binnen 24 uur gegeven moet worden om blijvende gezondheidsschade te voorkomen lijkt het erop dat zij een striktere definitie hanteren dan bedoeld in de OVV en de SOV. Immers, er is bijvoorbeeld preventieve zorg die best nog een paar weken kan wachten, maar wel medisch noodzakelijk is.

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- Een relatief veel genoemd knelpunt t.a.v. het functioneren van de OVV en de SOV betreft ervaren onduidelijkheid m.b.t. de betekenis van het criterium ‘medisch noodzakelijke’ zorg.
- Toch geven de respondenten zelf aan ‘bijna nooit’ moeite te hebben om te bepalen of er bij een patiënt wel of niet sprake is van ‘medisch noodzakelijke zorg’. Zij refereren daarvoor aan het feit dat de OVV en de SOV ongeveer het basispakket dekken en ook aan de definitie van de commissie Klazinga.

- Die oriëntatie is ook zichtbaar in de antwoorden op de vraag naar hoe respondenten ‘medisch noodzakelijke zorg’ definiëren, als zijn bij die vraag de antwoorden meer divers.

Samenvattend komen de bevindingen uit de literatuur en de Delhi studie goed overeen. Men signaleert dat er in de praktijk soms een striktere interpretatie van ‘medisch noodzakelijk’ gehanteerd wordt dan omschreven in de OVV en de SOV. Uit de antwoorden van de respondenten in de Delhi studie blijkt dat medisch zorgverleners in de praktijk goed uit de voeten kunnen met de verwijzing naar ‘zorg uit het basispakket’ van beide regelingen en ook met de handreiking van de commissie Klazinga, die in essentie stelt dat medisch noodzakelijke zorg in principe hetzelfde is voor verzekerde en onverzekerde patiënten.

4.8 Voorkomen en verhelpen onverzekerde

In deze sectie wordt vanuit de literatuur en de Delphi studie ingegaan op de huidige praktijk van het voorkomen en verhelpen van onverzekerde van mensen die binnen de doelgroep van de SOV vallen (de doelgroep van de OVV kan zich niet verzekeren). Onverzekerde zijn is vaak een symptoom van een stapeling van problematiek. Bij dak en thuislozen betreft dit bijvoorbeeld problemen met huisvesting, relaties, inkomen, verslaving, psychiatrische stoornissen, gezondheidsklachten en verstandelijke beperkingen (Van Laere e.a. 2017:363). En ook de doelgroep van EU-arbeidsmigranten heeft specifieke kwetsbaarheden (Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten 2020:45-47; Sikkil 2025). Fysiek werk, lange dagen met regelmatig slechte arbeidsomstandigheden veroorzaken een grotere kans op gezondheidsklachten en ongevallen. Ook komt psychische problematiek relatief vaak voor. Arbeidsmigranten verkeren vaak in onduidelijkheid over hun zorgverzekering en sommige malafide uitzendbureaus houden zelfs loon in zonder hun werknemers te verzekeren. Verder is het een groot probleem dat huisvesting vaak door het uitzendbureau verzorgd wordt en verlies van werk ook het verlies van het woonadres betekent en daarmee automatisch ook uitschrijving uit de zorgverzekering.

Uit dit beeld dat onverzekerde zijn vaak een gevolg is van andere problematiek volgt dat effectief beleid gericht op die problematiek cruciaal is om onverzekerde duurzaam te voorkomen en verhelpen. Op het niveau van de samenleving als geheel spelen uiteraard ook nog de wooncrisis en bestaansonzekerheid in het algemeen mee (voor een toegankelijke uiteenzetting van deze systeemproblematiek, zie: Van Tongerloo 2024). Een bespreking hiervan valt echter buiten het bestek van dit onderzoek. Deze sectie beperkt zich tot de huidige praktijk m.b.t. het verhelpen en voorkomen van onverzekerde bij patiënten wiens zorgverleners de zorg via de SOV declareren.

Het aantal onverzekerde personen die in principe wel verzekeraar zijn is onbekend. De IGJ sprak recent over “meerdere tienduizenden”, echter zonder directe bronnen en rekende ook ongedocumenteerde vreemdelingen mee (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2025). Wel bekend is dat het aantal dakloze EU-migranten in de vier grote steden de laatste jaren behoorlijk gestegen is (GGD-GHOR Nederland 2025).

4.8.1 Bevindingen vanuit de literatuur

Zoals beschreven in 4.3 was de meldplicht oorspronkelijk een centraal onderdeel van de SOV, maar werd die per 1 maart 2022 afgeschaft vanwege het ontbreken van een wettelijke grondslag om de benodigde gegevens te delen. De bedoeling was dat zorgverleners meteen zouden melden dat zij zorg

verleend hadden aan een onverzekerde maar verzekerbare patiënt en dat die melding via het landelijke meldpunt van de GGD-GHOR Nederland bij lokale hulpverlening terecht zou komen, die vervolgens de patiënt naar een zorgverzekering toe diende te leiden. De effectiviteit van deze meldplicht is geëvalueerd, o.a. door VWS, op basis van een uitvraag onder gemeentes en gemeentelijke regio's (Ministerie van Volksgezondheid 2021:23):

“Op basis van de respons die is ontvangen is niet duidelijk in hoeverre gemeenten vervolghulp geven. Veel gemeenten hebben dit niet gemeld. Uit de wel beschikbaar gestelde rapportages blijkt dat de mate waarin het gemeenten lukt om mensen verzekerd te krijgen zeer variabel is. Waar Rotterdam en Utrecht over 2019 een percentage van resp. 29% en 33% rapporteren, geeft Amsterdam aan dat het maar in 7% van de gevallen is gelukt. Het gemiddelde van de gemeenten die gerapporteerd hebben over 2019 -zonder deze drie grote gemeenten- is 12%.

Gemeenten en GGD'en hebben aangegeven dat de activiteiten gericht op het geven van vervolghulp, in de vorm van het verstrekken van een briefadres, een uitkering op grond van de Participatiewet of het afsluiten van een zorgverzekering een moeizaam en tijdrovend proces blijkt te zijn. Dit is ook in de interviews die gehouden zijn naar voren gekomen. Een aantal van de problemen die werden gesignaleerd zijn:

- onvolledige persoonsgegevens of geen persoonsgegevens, waardoor mensen niet vindbaar zijn.
- veel niet-Nederlanders die geen ingezetene zijn [en niet werken] en daarom niet verzekeringsplichtig zijn.
- mensen willen geen inschrijving in de BRP of willen geen zorgverzekering.
- onvoldoende capaciteit om vervolghulpactiviteiten uit te voeren.
- overbelaste wijkteams.
- privacywetgeving belemmert het verstrekken of gebruiken van gegevens.”

Het onderzoek naar het functioneren van de SOV in de regio Rotterdam Rijnmond bevestigt dit beeld en komt met een aantal aanvullende inzichten (Van Dongen e.a. 2023). Ten eerste blijkt het aantal keren dat ziekenhuizen volgens hun eigen registratie een melding bij de GGD-GHOR Nederland gedaan hebben veel groter dan uiteindelijk bij het (toenmalige) Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam-Rijnmond terecht kwamen. Sluitende verklaringen ontbreken, maar het is een indicatie van de kwetsbaarheid van de administratieve procedure destijds (p. 6). Ten tweede nam het percentage van de meldingen waarbij de patiënt als ‘onverzekerbaar’ werd geclassificeerd in de loop van de jaren sterk toe (p. 6). Dit is deels te verklaren door het vervallen van het vereiste van de SOV dat de patiënt verzekeringsplichtig moest zijn. Dit betekent ook dat de hierboven genoemde percentages uit de evaluatie van VWS van meldingen waarbij mensen succesvol weer verzekerd zijn hoogstwaarschijnlijk in de jaren na 2019 lager zijn geworden. Ten derde blijkt dat in de loop der jaren steeds minder vaak het BSN en de achter naam werden aangeleverd en ook leek slechts ‘incidenteel’ aan de onverzekerde patiënt om toestemming gevraagd te worden voor het doen van de melding (p7.). Echter, juist die gegevens zijn, samen met de achternaam, cruciaal voor om de onverzekerde patiënt via de BRP te kunnen traceren en te wijzen op het belang van verzekeren en daar eventueel hulp bij te bieden.

Ten vierde bleek ook de verwerking van de meldingen door het Meldpunt Onverzekerden Zorg Rotterdam-Rijnmond niet zonder obstakels (p. 7). De standaardprocedure van het meldpunt was het versturen van een brief om betreffende behandelde onverzekerde patiënten te wijzen op het belang van het zich alsnog verzekeren. Echter, in veel gevallen bevatten de meldingen te weinig gegevens om

actie op te kunnen ondernemen, of onjuiste gegevens. Veel van de respondenten van het onderzoek van Van Dongen et al. twijfelden ook of het schrijven van brieven voor deze doelgroep wel effectief is en gaven aan meer te zien in het opbellen of opzoeken van betreffende onverzekerde personen, om hen te vragen welke hulp ze nodig hebben (p. 8).

Samenvattend is het op zichzelf zinvolle beleidsdoel om via de processen rond de SOV mensen weer verzekerd te krijgen, in de praktijk gebleken niet eenvoudig te realiseren. Ondanks het vervallen van de meldplicht lukt het echter nog steeds regelmatig om onverzekerde patiënten die in beeld komen vanwege het verlenen van medische zorg, actief weer naar een zorgverzekering toe te leiden (Van Dongen en Van Beeck 2025).

4.8.2 *Opbrengsten vragenlijst ervaringsdeskundigen*

De respondenten is een aantal vragen gesteld die over het hebben van een zorgverzekering gingen. De meerderheid van de respondenten was als ongedocumenteerde vreemdeling niet verzekeringsgerechtigd. Van de vier respondenten die ooit hun zorgverzekering verloren was dat drie keer vanwege het verliezen van werk en één keer vanwege het verliezen van een verblijfsvergunning. Op de vraag “Als het niet lukte of moeilijk was om weer een zorgverzekering af te sluiten, hoe kwam dat dan?” geven deze vier respondent de volgende antwoorden: wist niet hoe, had geen verblijfsvergunning, geen geld voor, wist niet dat ik onverzekerd was. Ik wist niet dat ik onverzekerd was. Deze vier respondenten hadden ook allemaal in de afgelopen 10 jaar hulp gehad bij (stappen op weg naar) het afsluiten van een zorgverzekering (hulp met registratie in de BRP, aanvragen van een verblijfsvergunning of het verkrijgen van een postadres).

4.8.3 *Opbrengsten Delphi studie*

In de eerste ronde van de Delphi studie zijn de volgende stellingen voorgelegd over het voorkomen en verhelpen van onverzekertheid:

Betrokken partijen slagen er op dit moment in om onverzekertheid te voorkomen. Het mediane antwoord was ‘regelmatig’ (N= 42; IQR=1; Ik heb geen zicht op dit onderwerp N= 31)

Betrokken partijen slagen er op dit moment in om onverzekerde mensen weer naar een zorgverzekering te leiden. Het mediane antwoord was ‘regelmatig’ (N= 39; IQR=1; Ik heb geen zicht op dit onderwerp N= 34).

Hieruit blijkt dat het ondanks barrières wel mogelijk is om (dreigend) onverzekerden te helpen.

Ook werd de respondenten gevraagd om de belangrijkste knelpunten t.a.v. het voorkomen en verhelpen van onverzekertheid te benoemen, afzonderlijk voor het lokale, regionale en landelijke niveau. Uit de respondentantwoorden per beleidsniveau werden onderstaande thema's geïdentificeerd.

Lokaal niveau

Thema 1: Voorwaarden voor een zorgverzekering

Dit onderwerp werd door ruim een derde van de deelnemers genoemd als belangrijkste knelpunt op lokaal niveau t.a.v. het voorkomen en verhelpen van onverzekertheid. Bij voorwaarden voor het

hebben van een zorgverzekering werden knelpunten genoemd zoals de BRP-registratie plicht, het moeten hebben van een (brief)adres en de wachttijden en drempels om deze voorwaarden te kunnen regelen. Ook werd in zijn algemeenheid gewezen op de voorwaarden voor een zorgverzekering als knelpunt.

Thema 2: Betere toegang tot passende hulp voor de doelgroep

Knelpunten met betrekking tot de hulpverlening aan de doelgroep die werden genoemd, zijn onder andere het beperkte aantal beschikbare hulpverleners, de lange wachttijden voor hulpverlening aan de doelgroep om te voldoen aan de voorwaarden voor een zorgverzekering, en het feit dat de geboden hulp vaak niet voldoende aansluit bij de specifieke behoeften van de doelgroep. Daarnaast werd opgemerkt dat de toegang tot instanties die de doelgroep kunnen wijzen op hun rechten te beperkt is en daarmee ook een knelpunt voor het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op lokaal niveau.

Thema 3: Onverzekerde raken bij wisselende omstandigheden

Wat men als knelpunt ziet voor onverzekerde voorkomen, is dat men onverzekerde kan raken bij wisselende omstandigheden. De specifieke omstandigheden die door de respondenten werden aangehaald zijn het vrij komen na detentie, waarbij geen nazorg, controle of automatische heractivering van de zorgverzekering plaatsvindt, dakloos raken en arbeidsmigranten die bij het verliezen van hun werk vaak ook hun zorgverzekering verliezen.

Thema 4: Onbekendheid

Onbekendheid staat voor verschillende groepen die niet over alle benodigde informatie over de regeling beschikken voor het goed uitvoeren van hun werk of het managen van hun persoonlijke situatie. Het gaat zowel om de zorgverleners die te weinig bekend zijn met de regeling als over de doelgroep. Verder werd specifiek het knelpunt genoemd dat arbeidsmigranten onbekend zijn met de mogelijkheid zich te verzekeren en dat niet iedereen bekend is met de mogelijkheid voor zorgtoeslag.

Overige thema's

Er werden verschillende knelpunten genoemd, wat heeft geleid tot nog verschillende extra thema's naast de eerder besproken onderwerpen. Andere knelpunten met betrekking tot het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op lokaal niveau hadden te maken met schulden, armoede, dakloosheid, taalbarrières, het 'onder de radar' zijn van de doelgroep en het ontbreken van een compleet overzicht bij de betrokken instanties. Ook werd het gebrek aan handhaving van de verzekeringsplicht genoemd, evenals de beperkte actieve motivatie richting onverzekerde om zich te verzekeren. Daarnaast werd de huidige (gebrekkige) samenwerking tussen instanties als knelpunt ervaren, evenals het wisselende beleid tussen gemeentes en het ontbreken van een vaste inschrijfplek. Tenslotte werden de gebrekkige zelfregie van patiënten en de onvoldoende begeleiding van arbeidsmigranten door uitzendbureaus als extra knelpunten aangeduid.

Regionaal

Thema 1: Voorwaarden voor een zorgverzekering

Als belangrijkste knelpunt op regionaal niveau kwam hetzelfde thema naar voren als bij de knelpunten lokaal namelijk 'voorwaarden voor een zorgverzekering'. Ook hier werden als voorwaarden de registratieplicht en het briefadres genoemd. Daarnaast werd de wachttijd voor het inschrijven bij de gemeente als een knelpunt gezien.

Thema 2: Onverzekerd raken bij wisselende omstandigheden voorkomen

Bij dit thema werden het risico op onverzekerd raken bij vrijkomen na detentie en het stoppen met werken van arbeidsmigranten bedoeld.

Thema 3: Samenwerking tussen instanties

Het derde knelpunt dat naar voren kwam was de samenwerking tussen instanties. Hierbij doelde men op netwerkzorg, de gegevensuitwisseling tussen instanties en een betere spreiding van onverzekerden.

Overige thema's:

Andere knelpunten m.b.t. het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op regionaal niveau hadden te maken met onduidelijkheid hoe iemand verzekerd te krijgen en onduidelijkheid binnen ziekenhuizen. Ook werden angst/wantrouwen bij de onverzekerden en het gebrek aan actief motiveren van mensen om zich te gaan verzekeren en handhaving van de verzekeringplicht genoemd.

Landelijk niveau

Thema 1: Specifieke problemen doelgroepen

Het meest genoemde knelpunt omtrent het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op landelijk niveau waren specifieke problemen die voor een doelgroep kunnen gelden. Doelgroepen die werden genoemd zijn de arbeidsmigranten, gedetineerden, mensen die dakloos raken en internationale studenten. Bij internationale studenten werd bedoeld op het missen van een verplichting voor hen om een Nederlandse zorgverzekering te hebben. De andere sub thema's worden hieronder verder toegelicht.

1.1 Arbeidsmigranten: Hierbij werd als knelpunt aangedragen dat hun zorgverzekering en huisvesting gekoppeld zijn aan hun werk, waardoor ze hun zorgverzekering verliezen zodra hun baan stopt. Verder werd ook genoemd dat ze niet ingeschreven staan bij een gemeente en daardoor geen rechten hebben. Andere knelpunten die werden aangedragen voor deze doelgroep is dat de politiek de registratieplicht bij de mensen zelf legt en dat uitzendbureaus onverzekerd personeel mogen uitzenden. Arbeidsmigranten werden genoemd als maatschappelijk probleem, omdat veel in de SOV terecht komen.

1.2 Gedetineerden: Het voornaamste knelpunt dat hier meerdere keren werd genoemd is dat gedetineerde bij vrijlating geen automatische of verplichte herstart van de zorgverzekering krijgen en dat er niet gecontroleerd wordt op deze herstart. Een andere deelnemer noemde: "Ons zorgverzekeringssysteem, waarin je niet automatisch verzekerd bent als ingezetene, en je je jezelf moet verzekeren, met alle administratieve uitdagingen van dien (en bijbehorende bureaucratie en kosten)."

1.3 Mensen die dakloos raken: Het direct verliezen van zorgverzekering bij dakloos worden werd genoemd als knelpunt. Specifiek werd het misgaan van zorgverzekering behouden bij scheiding of baanverlies genoemd.

Thema 2: Voorwaarden voor een zorgverzekering

Als knelpunt op landelijk niveau kwam hetzelfde thema naar voren als bij de knelpunten lokaal en regionaal namelijk 'voorwaarden voor een zorgverzekering'. Ook hier werden als voorwaarden de registratieplicht en het postadres genoemd. Daarnaast werd de wachttijd voor het inschrijven bij de gemeente als een knelpunt gezien. Verder werd het ontbreken van documenten genoemd.

Thema 3: Complex/onduidelijk proces

Met complex werd geduid op de verschillende complexe manieren van verzekeren. Voorbeelden die werden genoemd, zijn de DBC-systematiek met betrekking tot betaling door buitenlandse patiënten, administratieve uitdagingen om jezelf te verzekeren en de hoeveelheid regels die elkaar tegenwerken.

Met onduidelijk werd het volgende bedoeld: " Onduidelijkheid in te volgen stappen van patiënten die onverzekerd zijn om die tóch verzekerd te krijgen. Wanneer er nl. geen vaste verblijfplaats is, dan kan er ook niet verzekerd worden."

Overige thema's

Andere knelpunten die werden genoemd voor het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op landelijk niveau waren gebrek aan handhaving van de registratieplicht en verzekeringsplicht, hoge zorg(verzekering) kosten, te weinig budget voor gemeenten, knelpunten op politiek niveau, dat niet iedereen die zich wil verzekeren dit kan en dat sommige mensen tussen wal en schip vallen. Ook werd genoemd dat de doelgroep zich niet altijd bewust is van hun rechten en plichten en mogelijkheid tot verzekeren en dat er geen/te weinig actieve ondersteuning is voor mensen die hun zorgverzekering dreigen te verliezen.

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- Betrokken partijen slagen er volgens de respondenten regelmatig in om onverzekerde te voorkomen en om onverzekerde mensen weer aan een zorgverzekering te helpen.
- Veel genoemde knelpunten m.b.t. het voorkomen en verhelpen van onverzekerde zijn:
- Het moeten voldoen aan voorwaarden voor een zorgverzekering, zoals een (brief)adres en de registratieplicht.

- Het risico op onverzekerd raken bij overgangen zoals werkloos en/of dakloos worden en vrijkomen na detentie
- Minder dan adequate hulpverlening mbt verzekerd worden en blijven, o.a. door niet optimale samenwerking tussen instanties.
- Problemen specifiek voor doelgroepen, zoals koppeling van huisvesting en werk bij arbeidsmigranten.

Samenvattend is er dus best wat overlap tussen de genoemde knelpunten op de drie beleidsniveaus. Het meest genoemde knelpunt kan samengevat worden onder de noemer ‘voorwaarden voor een zorgverzekering’. Daarnaast ook veel benoemd werden zaken die vallen binnen de categorie ‘verlies zorgverzekering bij verandering omstandigheden’. In hoofdstuk 6 (6.7) wordt besproken welke oplossingen de respondenten zagen voor de door hen benoemde knelpunten. Tenslotte sluit het beeld uit de Delphi studie en uit de vragenlijst onder ervaringsdeskundigen goed aan op de bevindingen uit de literatuur.

4.9 Toegankelijkheid medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden

Zoals beschreven in hoofdstuk 1 wordt in dit rapport de doelmatigheid van een financieringsregeling voor zorg aan onverzekerden als volgt opgevat: dat de kosten van de regeling kunnen worden gereduceerd zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid van onverzekerden of dat er bij toenemende kosten ook meer gezondheidswinst wordt behaald. Daaruit volgt dat het cruciaal is om te onderzoeken in hoeverre onverzekerde personen in Nederland ook daadwerkelijk toegang hebben tot medisch noodzakelijke zorg. Immers, als er door bepaalde oorzaken minder gebruik gemaakt zou worden van de OVV en/of de SOV, dan zouden de kosten weliswaar dalen, maar wel ten koste van de gezondheid van onverzekerden.²⁸

In deze sectie wordt eerst vanuit de literatuur een overzicht gegeven van wat er bekend is t.a.v. de toegang van onverzekerden tot medische zorg en de mate waarin zorgweigering plaatsvindt. Vervolgens worden die bevindingen geduid in het kader van het onderscheid tussen formele en informele drempels die de toegang tot zorg belemmeren. Daarna wordt een aantal van die formele en vooral informele drempels besproken, samen met de grote rol van intermediairs in het slechten van deze drempels. De bespreking van de literatuur wordt afgesloten met een beschouwing van de manier waarop formele drempels, zoals die ook bestaan in de OVV en de SOV, interacteren met informele drempels. Daarna zullen de bevindingen t.a.v. daadwerkelijke toegang tot zorg vanuit het vragenlijstonderzoek onder ervaringsdeskundigen en de Delphi studie gepresenteerd worden.

²⁸ Dit onderzoek naar de daadwerkelijke toegang is ook in lijn met het doel van de SOV, namelijk middels financiering van medisch noodzakelijke zorg die onverzekerden niet zelf kunnen betalen hun toegang tot deze zorg faciliteren. Zoals bleek in hoofdstuk 1 heeft de OVV een beperkter beleidsdoel, namelijk het compenseren van zorgverleners als zodanig.

4.9.1 *Bevindingen vanuit de literatuur*

Samengevat is de stand van zaken dat er geen kwantitatief inzicht is in de mate waarin onverzekerden daadwerkelijk de medische zorg ontvangen die zij nodig hebben en waarin deze geweigerd wordt door zorgverleners. Wel is er in kwalitatief onderzoek een grote mate van overeenstemming dat onverzekerden vanwege diverse oorzaken regelmatig geen zorg ontvangen of deze ook niet zoeken en dat medisch noodzakelijke zorg in bepaalde gevallen ook echt geweigerd wordt.

Literatuur die zorgweigerings signaleert doet dat vrijwel altijd op basis van kwalitatieve data, namelijk van respondenten die dat rapporteren op basis van hun praktijkervaring met onverzekerden. Dit zijn bijvoorbeeld (huis)artsen die meemaken dat door hen doorverwezen patiënten geweigerd worden (Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2025), andere of niet nader geduide professionals (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015:3; Ministerie van Volksgezondheid 2021:20; Van Dongen e.a. 2023:55; Van Dongen en Van Beeck 2025) of medewerkers van de diverse steunorganisaties die met betreffende onverzekerden in contact staan (Dokters van de Wereld 2018:42 e.v.; van Hal en Stoutjesdijk, 2018:5; Pharos 2019:14; Voogt en Mensinga 2019) of op basis van interviews met onverzekerden (Hintjens, Siegmann, en Staring 2020).²⁹ Het rapport van Berenschot meldt dat in 2011 de toenmalige Inspectie gezondheidszorg, IGZ (nu IGJ) nauwelijks tot geen signalen ontving dat de toegankelijkheid tot de zorg in het geding was en op basis daarvan er vanuit ging dat er ook geen knelpunten zijn rondom die toegankelijkheid (Berenschot 2011:16). Tegelijkertijd meldt het rapport dat volgens onverzekerde vreemdelingen en belangenorganisaties toegang tot het ziekenhuis soms alleen mogelijk is met ondersteuning vanuit hulporganisaties (p20). Op basis van de literatuur kan geconcludeerd worden dat het beeld al jarenlang hetzelfde is, namelijk dat zorgweigerings met enige regelmaat voorkomt, maar dat onbekend is hoe vaak.

Het onderscheid tussen formele en informele drempels voor de toegang tot zorg is behulpzaam om meer inzicht te krijgen in de oorzaken van zowel zorgmijding³⁰ als zorgweigerings (Derckx 2021:31; Hintjens e.a. 2020). Formele drempels betreffen aspecten van gezondheidsbeleid en de organisatie van het gezondheidszorgsysteem, betalingsverplichtingen, en ook wettelijke bepalingen bijvoorbeeld, die de toegang tot zorg beperken voor bepaalde groepen vreemdelingen. Informele drempels hebben o.a. te maken met taal, communicatie en culturele factoren (De Vito e.a. 2016; Marie Nørredam en Allan Krasnik 2011:71-72). Derckx maakt binnen de informele drempels een nader onderscheid tussen factoren die met de onverzekerde te maken hebben, zoals angst om aangegeven te worden en een beperkt sociaal netwerk, en factoren die met de zorgaanbieder te maken hebben, zoals de taalbarrière en vaardigheid t.a.v. culturele verschillen. Door middel van de OVV en de SOV zijn in Nederland de formele drempels tot de toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden in belangrijke mate geslecht. Behoudens enkele uitzonderingen valt het gehele basispakket onder de regelingen en zorgverleners kunnen de kosten vergoed kunnen krijgen wanneer onverzekerden zelf niet kunnen betalen. Desondanks zijn er nog wel aspecten van de OVV en de SOV die feitelijk een formele drempel vormen. Resterende financiële drempels binnen de OVV zijn het feit dat de onverzekerde persoon in de eerste instantie wel zelf de rekening dient te voldoen, het niet voor 100 maar voor 80% vergoeden van zonder doorverwijzing toegankelijke zorg en de eigen bijdrage van vijf euro voor geneesmiddelen die door de apotheek geleverd worden.³¹ Deze eigen bijdrage van vijf euro wordt in de praktijk vaak betaald door de gemeente en lijkt in de praktijk de toegang niet te beperken (Derckx 2021:158). Bepaalde extra administratieve vereisten die de OVV en de SOV met zich meebrengen kunnen ook worden beschouwd als formele drempels. Bijvoorbeeld, tot voor kort moesten zorgverleners voor de SOV voldoen aan de meldplicht om verleende zorg te kunnen declareren.

²⁹ Met name de zes casussen in het artikel van Voogt en Mensinga over de steunorganisatie Lampion geven een goed beeld van verschillende vormen van zorgweigerig. Het rapport van Dokters van de Wereld bevat ook een telling van zorgweigerig onder cliënten die voor advies op het spreekuur kwamen, maar de gepresenteerde data lijken niet zo gemakkelijk te interpreteren (Dokters van de Wereld 2018:49)(p 49).

³⁰ Volgens respondenten in de interviewstudie van (Klop e.a. 2018:1095) is zorgmijding een stigmatiserende term, omdat die de verantwoordelijkheid te eenzijdig bij de hulpvrager legt, met voorbijzien aan factoren in het systeem die het zoeken van zorg belemmeren

³¹ <https://www.hetcak.nl/zakelijk/onverzekerbare-vreemdelingen/>

Naast dit soort formele drempels zijn er vooral veel informele drempels. Een eerste drempel die te maken heeft met de onverzekerde persoon betreft het hierboven al geconstateerde gebrek aan kennis over hoe de gezondheidszorg in Nederland werkt en van het bestaan van de financieringsregelingen (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015; Dokters van de Wereld 2018:35; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2025; Pharos 2019:11). Een tweede drempel die hier ook mee te maken heeft is het niet (voldoende) spreken van de Nederlandse taal, waarbij er geen financiering is voor tolken (Dokters van de Wereld 2018:35; van Hal en Stoutjesdijk, 2018:5). Een derde informele drempel is het gebrek aan een sociaal netwerk en het niet in contact zijn met maatschappelijke steunorganisaties (Dokters van de Wereld 2018:30; Hintjens e.a. 2020:7; Watjer, Rosmalen, en Janmaat 2016:21). Een deel van de ongedocumenteerden in Nederland heeft helemaal geen sociaal netwerk en soms is het sociaal netwerk dat zij hebben ook niet op de hoogte van de gezondheidszorg. Wanneer zij dan ook geen contact hebben met een (vrijwilligers)organisatie die maatschappelijke ondersteuning biedt, dan is er geen compensatie wanneer zij zelf de benodigde kennis en (taal)vaardigheden missen om de weg te vinden in de medische zorg. Een vierde type drempels zijn culturele factoren (Bloemen 2019; Derckx 2021:32; Hintjens e.a. 2020:7). Een vijfde drempel wordt gevormd door schaamte en angst voor stigmatisering, met name bij het vragen van hulp voor psychische klachten (Dokters van de Wereld 2018:30; Klop e.a. 2018:5). Een zesde informele drempel tot zorg is het feit dat onverzekerde daklozen niet altijd prioriteit geven aan het zoeken van medische zorg, omdat andere zaken om voorrang vragen (Klop e.a. 2018). Verder spelen, ten zevende, financiën vanuit het perspectief van onverzekerden toch nog een rol omdat zij in de eerste instantie zelf moeten betalen en daar angst voor hebben, of omdat zij de reiskosten naar een zorginstelling niet op kunnen brengen (Dokters van de Wereld 2018:35; van Hal en Stoutjesdijk, 2018; Hintjens e.a. 2020:4). Een laatste factor, ten zevende, die in de literatuur breed genoemd wordt en als belangrijke belemmering gezien wordt is de angst van ongedocumenteerde vreemdelingen om 'boven de radar' te komen en wanneer zij zorg vragen gerapporteerd te worden bij de politie en of de IND (Bloemen 2019:19; Dokters van de Wereld 2018:o.a. 35; Hintjens e.a. 2020:5; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 2025; Pharos 2019:10-11).

Bij deze opsomming van de belangrijkste informele drempels wordt al meteen duidelijk dat zij elkaar in de praktijk kunnen versterken. Bijvoorbeeld, het niet beheersen van de Nederlandse taal draagt bij aan het gebrek aan kennis van de werking van de gezondheidszorg. Gevolg daarvan is weer dat ongedocumenteerden niet weten dat artsen in Nederland gebonden zijn aan hun medisch beroepsgeheim en hen dus niet zullen rapporteren bij de politie of de IND. Verder kunnen cultuurverschillen de angst voor stigmatisering versterken, en zo zijn er nog meer mogelijke interacties tussen informele drempels.

In de literatuur is ook aandacht voor informele drempels veroorzaakt door factoren die te maken hebben met zorgverleners en andere betrokkenen rondom het verlenen van medische zorg aan onverzekerden, met name baliemedewerkers en ander ondersteunend personeel. De mate waarin deze factoren een rol spelen kunnen sterk verschillen tussen hulpverleners. Een eerste drempel is het in (4.3) al besproken gebrek aan kennis van de financieringsregelingen. Dit speelt, vanzelfsprekend, vooral bij zorgverleners die weinig onverzekerde patiënten zien (van Hal en Stoutjesdijk, 2018:3). Ten tweede zijn niet alle zorgverleners even bekwaam in het omgaan met cultuurverschillen waar die een rol spelen (Dokters van de Wereld 2018:53-54; Hintjens e.a. 2020:6). Een derde informele drempel wordt gevormd door bepaalde attitudes van sommige zorgverleners, waardoor onverzekerde hulpvragers zich niet welkom voelen (Dokters van de Wereld 2018:43; Hintjens e.a. 2020; Klop e.a. 2018:6,7). Onverzekerde patiënten ervaren soms een gebrek aan respect en gelijkwaardigheid, of zelfs een stigmatiserende en discriminerende houding bij zorgverleners. Ook bij deze informele drempels is het weer evident dat zij elkaar onderling kunnen versterken.

In het licht van al deze informele drempels, zowel gerelateerd aan onverzekerde patiënten als aan zorgverleners is het niet verwonderlijk dat de bemiddelende en ondersteunende rol van maatschappelijke organisaties en maatschappelijk werk vaak belangrijk blijkt (Bloemen 2019; Dokters van de Wereld 2018; van Hal en Stoutjesdijk, 2018; Hanssen en Yerkes 2025; Pharos 2019). Dit zelfde beeld komt naar voren uit de landenvergelijking in het volgende hoofdstuk, met name 5.1 en 5.2. De maatschappelijke organisaties ontvangen doorgaans overheidssubsidie, maar draaien in belangrijke mate ook op vrijwilligers. Deze organisaties richten zich allereerst op het in verbinding komen met onverzekerde patiënten en het winnen van hun vertrouwen. Verder informeren zij en niet alleen over het medische aspect, maar ook over andere zaken van belang, zoals huisvesting en financiën. Ook bemiddelen zij tussen zorgvrager en zorgverleners, bijvoorbeeld via informatiebrieven, of door mee te gaan naar een eerste afspraak. Het is wel zo dat sommige organisaties aangeven het ongewenst te vinden als het ziekenhuis alleen via hen toegankelijk is (Pharos 2019:22). Verder doen maatschappelijke organisaties actief aan het informeren van zorgverleners, bijvoorbeeld door het opzetten van een e-learning (zie (4.3)), maar ook door bijvoorbeeld huisartsen persoonlijk te benaderen. Tenslotte hebben deze organisaties soms ook een gedeeltelijk informeel zorgsysteem gecreëerd waar onverzekerde patiënten bepaalde basale vormen van zorg kunnen ontvangen, bijvoorbeeld middels de Kruispost in Amsterdam. Ook werken zij met bevriende tandartsen die mondzorg verlenen, die dan gefinancierd wordt uit middelen die deze steunorganisaties weten te organiseren. Er is overigens wel discussie over de vraag of dit wel de eigenlijke taak is van deze organisaties en of zij zo niet teveel taken overnemen die de overheid zou laten liggen (Hanssen en Yerkes 2025).

Tenslotte is het met het oog op het ontwerpen van een nieuwe regeling van groot belang om inzicht te hebben in de wijze waarop, op zichzelf legitieme, formele drempels op zo'n manier kunnen interacteren met informele drempels dat de toegang tot zorg extra bemoeilijkt wordt. Een belangrijk voorbeeld is de bepaling in de OVV en de SOV dat zorgverleners in de eerste instantie na dienen te gaan of de patiënt zelf kan betalen.. Omdat dit een aspect betreft van de organisatie van het gezondheidszorgsysteem is dit een formele drempel en wel één die regulier verzekerde patiënten minder hebben (zij hebben bijvoorbeeld wel het eigen risico). Enkel de verwachting of onzekerheid dat ziekenhuis of doktersbezoek gevolgd wordt door een rekening kan onverzekerde patiënten die niet weten van de OVV of de SOV, die de taal niet spreken, geen steunnetwerk hebben en geen financiële middelen hebben, al afhouden van het zoeken van zorg. Daarbij komt dat het handelen van zorgverleners en ondersteunend personeel in dezen die drempel nog kan verhogen. Wanneer zij een substantiële betaling vooraf als voorwaarde stellen waar die bij voorbaat niet realistisch is, dan maken zij de drempel tot zorg hoger dan dat de OVV en de SOV van hen vragen.

Andere voorbeelden van dit soort interacties tussen formele en informele drempels zijn zichtbaar in het moeizame functioneren van de SOV in de eerste jaren t/m 2019 (Ministerie van Volksgezondheid 2021:10-12). Oorspronkelijk was een beroep op de SOV alleen mogelijk wanneer vastgesteld kon worden dat betreffende onverzekerde patiënt wel verzekeringsplichtig was. Echter, de daarvoor benodigde gegevens mochten alleen verstrekt worden wanneer de patiënt toestemming gaf. Het bleek dat een groot deel van de doelgroep van verwarde en onverzekerde patiënten dit niet deed. Ongetwijfeld waren de oorzaken daarvan tenminste deels terug te voeren op de hierboven besproken informele drempels. Ook bleek het te tijdrovend voor het zorgpersoneel, waardoor veel ziekenhuizen ggz-instellingen weinig gebruik maakten van de SOV. Dat betekende natuurlijk niet direct dat de patiënt niet geholpen werd, maar de (formele) financiële drempel werd zo, ondanks de SOV, toch niet geslecht.

Deze voorbeelden laten onverlet dat bepaalde formele drempels legitiem en onvermijdelijk zijn. Ze laten echter wel zien dat er bij het ontwerpen van een financieringsregeling voor zorg aan onverzekerden vooraf heel goed in kaart gebracht dient te worden hoe hun potentiële interacties zullen zijn met al bestaande informele drempels. Op die manier kan waar nodig flankerend beleid ontwikkeld worden om mogelijke negatieve interacties zoveel mogelijk tegen te gaan. Immers, vanuit het onderliggende doel van daadwerkelijke toegang tot medische noodzakelijke zorg zou anders de doelmatigheid van de regeling ondermijnd worden.

4.9.2 Opbrengsten vragenlijst ervaringsdeskundigen

Aan de 12 respondenten is gevraagd hoe vaak zij in de afgelopen 10 jaar zorg gevraagd hebben terwijl zij onverzekerd waren. Ook is hen gevraagd hoe vaak die zorg geweigerd werd. De resultaten staan in tabel 4 hieronder.

Tabel 4 Aantal keren zorg gevraagd en geweigerd

Aantal keer zorg gevraagd in de afgelopen 10 jaar zonder zorgverzekering	>10	9	81,8%
	1 t/m 10	2	18,2%
Aantal keer geweigerd	>10	3	25%
	1 t/m 10	4	33,3%
	0	5	41,7%

Gevraagd naar de reden die de zorgverlener opgaf voor deze zorgweigerings gaven 7 respondenten antwoord: ongedocumenteerd (3 keer), geen zorgverzekering (3 keer) en risico op uitzetting tijdens de behandeling.

Quote: “Dhr moest voor het gebruik van een bepaald medicijn een permanente verblijfsvergunning hebben, omdat deze behandeling niet vroegtijdig gestaakt kon worden (dit brengt gezondheidsrisico's met zich mee). Met risico op deportatie is dus besloten om het medicijn niet te verstrekken, zolang dhr geen permanente verblijfsvergunning heeft.”

Tenslotte werd hen gevraagd of zij deze zorg toen ergens anders gekregen hebben en zo ja, hoe ze daar terecht kwamen. De resultaten waren wisselend. De respondenten die alsnog zorg kregen, kregen hulp van anderen (een vriend, de Pauluskerk, een advocaat en de eigen gemeenschap, en het Rotterdams Ongedocumenteerden Steunpunt (ROS)).

De gegeven antwoorden dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, omdat er geen compleet beeld is van de gerapporteerde zorgweigerings. Echter, het beeld dat eruit naar voren komt is wel consistent met de literatuur dat zorgweigerings met enige regelmaat voorkomt.

4.9.3 Opbrengsten Delphi studie

In de eerste ronde werd respondenten de volgende stellingen voorgelegd:

Weigering van onverzekerde patiënten die onder de doelgroep van de SOV vallen door zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen, huisartsen, GGZ-instellingen, e.d.) gebeurt..... Het mediane antwoord was ‘soms’ (N= 80; IQR= 2; Ik heb geen zicht op dit onderwerp (N)= 10)

Onverzekerde patiënten die onder de doelgroep van de OVV vallen worden geweigerd door zorgaanbieders (zoals ziekenhuizen, huisartsen, GGZ-instellingen, e.d.). Het mediane antwoord was ‘Soms’ (N= 84; IQR= 1; Ik heb geen zicht op dit onderwerp (N)= 6)

Zoals al eerder benoemd in sectie 4.2 werd discriminatie relatief vaak genoemd als belemmering voor het huidige functioneren van de OVV en de SOV. Volgens respondenten is er bij zorginstellingen sprake van “beelden” van de doelgroep en zijn er signalen dat patiënten soms bij voorbaat geweigerd op basis van hun land van herkomst. Deze houdingen en bejegeningen vormen daarmee een belangrijke informele drempel voor de toegang tot zorg.

In de tweede ronde werd ook onderstaande vragen gesteld: Hoe vaak heeft u of een directe collega in de afgelopen 12 maanden zorg geweigerd aan een onverzekerde patiënt? Het mediane antwoord was ‘nooit’ (N= 40, IQR =0).

Ter verdieping werd de deelnemers ook gevraagd wat volgens hen de belangrijkste oorzaak van weigering was. Degenen die nooit weigerden benadrukten hun zorgplicht als medisch hulpverlener. Enkele antwoorden van de zes respondenten die wel eens zorg geweigerd hadden waren:

Toerist die tijdelijk in Nederland was wilde zorg die als niet medisch noodzakelijk werd gezien en kon wachten tot terugkeer naar het thuisland; patiënt komt van buiten de gemeente waar de praktijk zit; zorg (fertiliteit) werd door beide regelingen niet vergoed; Indien zorg niet als medisch noodzakelijk wordt geoordeeld door de arts.

Dit zijn echter geen zorgweigerings in de zin zoals in de vraag werd bedoeld. Immers, dit betreft allemaal voorbeelden waarin de gevraagde zorg volgens de bepalingen van de OVV en de SOV ook niet verleend hoeft te worden.

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- Volgens respondenten vindt ‘soms’ zorgweigerings plaats aan patiënten die onder de doelgroep van de OVV of SOV vallen
- Op de vraag of zij zelf of een directe collega de afgelopen 12 maanden zorg heeft geweigerd is het mediane antwoord ‘nooit’.

De bevindingen zoals in deze sectie gerapporteerd vanuit de literatuur, het onderzoek onder ervaringsdeskundigen en de Delphi-studie zijn consistent. Zorgweigerings komt met enige regelmaat voor, maar onbekend is hoe vaak. De toegang tot medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden wordt bemoeilijkt door diverse informele drempels en daarom blijken zij vaak steun nodig te hebben van maatschappelijke organisaties om daadwerkelijk zorg te ontvangen.

4.10 Fraude en oneigenlijk gebruik van de SOV en de OVV

Fraude en oneigenlijk gebruik van de OVV en de SOV doen rechtstreeks afbreuk aan de doelmatigheid van beide regelingen en ondermijnen ook de maatschappelijke steun ervoor.

Beide regelingen zijn recent fraudegevoelig gebleken. Naar schatting van de Arbeidsinspectie en de IGJ is “mogelijk tot 15% van de gedeclareerde OVV-zorg en 4% van de gedeclareerde SOV-zorg over 2023 onrechtmatig”. Dat komt overeen met een mogelijk bedrag van 10 tot 15 miljoen euro aan fraude.³² Medio 2025 bleek uit onderzoek van de Arbeidsinspectie dat bij een enkele zorgaanbieder mogelijk ook CAK medewerkers betrokken zijn.³³

De arbeidsinspectie benoemt diverse kenmerken van beide regelingen die ze kwetsbaar maken voor fraude. Enkele hiervan zijn de volgende. Het declareren onder de OVV en de SOV is laagdrempelig in de zin dat elke eerstelijns zorgaanbieder kan declareren en tweedelijns zorgaanbieders online het benodigde contract met het CAK kan afsluiten. Ook kan een zorgverlener een rekening die een onverzekerde patiënt voldaan heeft alsnog declareren bij het CAK. Belangrijk is ook dat er ook zonder BSN nummer en zonder identificerende gegevens gedeclareerd kan worden, met name om ongedocumenteerden te beschermen. Maar gevolg is ook dat niet gecontroleerd kan worden of de zorg daadwerkelijk verleend is, zodat spookzorg mogelijk is. Samenvattend stelt de IGJ dat “De laagdrempeligheid, anonimiteit en kwetsbaarheid van onverzekerden, en het gebrek aan toezicht, maken de regelingen gevoelig voor misbruik”. Inmiddels werkt VWS aan maatregelen om fraude tegen te gaan. Een daarvan is het uitbreiden van de mogelijkheid van het CAK om te onderzoeken of zorgaanbieders bonafide zijn.³⁴ Dit gebeurt o.a. door het wijzigen van de SOV zodat zorgaanbieders bij hun eerste declaratie meer gegevens aan dienen te leveren.³⁵

³² <https://www.igi.nl/actueel/nieuws/2024/12/09/inspecties-naast-goede-zorg-ook-fraude-met-zorg-aan-mensen-zonder-zorgverzekering> Zie ook:

<https://www.nlarbeidsinspectie.nl/documenten/2024/12/09/misbruik-door-malafide-zorgverleners-van-zorgbudget-voor-onverzekerden>

³³ <https://www.nlarbeidsinspectie.nl/actueel/nieuws/2025/07/04/doorzoekingen-in-zorgfraudeonderzoek-met-subsidieregelingen-voor-onverzekerden>

³⁴ <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-36600-XVI-180.html?utm>

³⁵ <https://www.internetconsultatie.nl/wijzigingsregelingsovenov/b1>

Naast fraude kan mogelijk ook sprake zijn van oneigenlijk gebruik. Daarbij kan gedacht worden aan mensen die zieke familieleden uit het buitenland laten overkomen om in Nederland via de OVV of SOV kosteloos medische zorg te laten ontvangen. Dit wordt vaak ‘zorgtoerisme’ genoemd.

4.11.1 *Bevindingen uit de literatuur*

In de literatuur lijkt vrijwel niets beschikbaar over fraude met de OVV en de SOV en ander oneigenlijk gebruik zoals zorgtoerisme. De evaluatie van de OVV door Berenschot zegt er bijvoorbeeld niets over (Berenschot 2011) en hetzelfde geldt voor de evaluatie van de SOV door VWS (Ministerie van Volksgezondheid 2021). Het onderzoek van Van Dongen et al. naar de SOV haalt één administratief medewerker van een ziekenhuis aan volgens wie fraude en zorgtoerisme veel voor zouden komen (2023:48). Wel is er het rapport van de commissie Smeets uit 2004, ingesteld met als taak om “na te gaan wat de invloed is van medische aspecten op de toestroom van vreemdelingen tot Nederland” (Commissie Smeets 2004). De commissie “heeft geen medisch asieltoerisme kunnen aantonen”(p55) en constateerde dat relatief t.o.v. het totale aantal migranten slechts een zeer gering aantal vreemdelingen op medische gronden toelating in Nederland of uitstel van vertrek aanvroegen en kregen (p16).

4.11.2 *Bevindingen Delphi-studie*

Verspreid over verschillende vragen gaan de respondenten incidenteel in op de thema’s fraude met de OVV en SOV en zorgtoerisme. Van fraude is in 2025 door het hierboven gerefereerde onderzoek van de arbeidsinspectie en de IGJ gebleken dat dit een reëel probleem is. Een enkele keer refereert een respondent aan fraude, waaronder een keer expliciet aan de fraude zoals in 2025 gebleken. In antwoord op de vraag naar de belangrijkste aandachtspunten en vereisten voor een nieuwe wettelijke regeling antwoorde een respondent o.a. “fraude voorkomen en tegelijkertijd niet teveel barrières opwerpen (uitdaging!)” (R54). Een ander stelde: “Het opnieuw inrichten van fraude-opsporing door veel beter ingebed te zijn in de ketenpartners die veel met deze doelgroepen werken” (R126), wat lijkt te suggereren om de regelingen alleen beschikbaar te stellen voor bewezen betrouwbare zorgverleners.

Met betrekking tot zorgtoerisme geven de antwoorden van de respondenten van de Delphi studie gezamenlijk het signaal dat dit ook voorkomt. Bijvoorbeeld bij de vraag naar de grootste belemmering voor het functioneren van de OVV stelde een respondent: “Wij krijgen veel patiënten die toevallig net in Nederland zijn als ze ziek worden. Zelf geven ze meteen aan dat er een potje is voor de kosten van hun zorg en dat ze niet beschikken over enige vorm van identificatie” (R119).

En bij de vraag over de Haagse aanpak om onverzekerde patiënten een informatiebrief met daarin hun rechten en plichten te geven gaf een respondent de volgende toelichting: “Het heeft voordelen als de patiënt ongedocumenteerd is en zorg nodig heeft. We merken echter ook dat dit soort initiatieven zorgtoerisme in de hand werkt” (R33).

Kernpunten bevindingen Delphi studie

- Volgens enkele respondenten (verspreid over diverse vragen van de 1^e en 2^e ronde van de Delphi studie) komen fraude en oneigenlijk gebruik van de OVV en de SOV in de vorm van zorgtoerisme voor. De omvang is echter onbekend.

Samenvattend, fraude en zorgtoerisme komen voor. Waar er bij fraude door de arbeidsinspectie en de IGJ schattingen gemaakt worden, is de omvang van zorgtoerisme onbekend en nader onderzoek hiernaar is wenselijk. Immers, zorgtoerisme vermindert de doelmatigheid van de regelingen en het maatschappelijke draagvlak ervoor.

4.11 Conclusie huidig functioneren SOV en OVV

Op basis van de Delphi studie en de literatuur lijken de OVV en SOV grotendeels effectief t.a.v. van het wegnemen van onzekerheid bij zorgverleners over de vergoeding van zorg aan onverzekerde patiënten. Dit volgt met name uit de antwoorden op de rechtstreekse vraag hiernaar in de eerste ronde van de Delphi studie:

De huidige SOV respectievelijk OVV zorgt voor het wegnemen van onzekerheid bij zorgaanbieders over de vergoeding van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden.

Voor de OVV was het mediane antwoord 'eens' (N=85; IQR =2) en voor de SOV ook 'eens' (N=82 IQR=2). Echter, er was wel relatief veel spreiding in de antwoorden, hetgeen betekent dat een substantiële minderheid niet van mening is dat beide regelingen de onzekerheid voldoende wegneemt. Dat komt overeen met de bevinding dat bij de vragen naar de grootste belemmeringen voor een optimaal functioneren van de OVV en de SOV onzekerheid of de declaratie vergoed wordt een relatief veel gegeven antwoord was.

De digitaliseringsslag van het declaratieproces die het CAK de afgelopen jaren gemaakt heeft wordt positief gewaardeerd, maar alsnog wordt de administratieve last als relatief hoog ervaren. Ook de bekendheid van en met de OVV en SOV zijn ondanks jarenlange voorlichting toch niet voldoende bij alle onverzekerde patiënten, zorgverleners en mensen werkzaam in de administratieve afhandeling. De inspanningsverplichting wordt door zorgverleners en administratief personeel heel verschillend ingevuld. Sommigen vragen slechts of de onverzekerde patient (een deel) zelf kan betalen, terwijl met name ziekenhuizen een stuk verder gaan en een deurwaarder inschakelen. Ten aanzien van de omgang met het criterium 'tijdelijke verblijf' zoals dat een rol speelt in de OVV is er weinig bekend vanuit de literatuur. De Delphi respondenten geven aan dat zorgverleners in de praktijk bijna nooit een betrouwbare inschatting kunnen maken van de verwachte duur van het verblijf van de onverzekerde patient die zij voor zich hebben. Ten aanzien van het criterium 'medisch noodzakelijke zorg' komt het in de praktijk voor dat hiervan een striktere interpretatie wordt gehanteerd dan bedoeld. Daar waar het wel juist wordt opgevat, kunnen zorgverleners er in de praktijk goed mee werken. Tenslotte biedt de financiële toegankelijkheid tot zorg middels de SOV en de OVV nog geen garantie dat de doelgroepen medisch noodzakelijke zorg (tijdig) ontvangen. Onverzekerde patiënten blijken door diverse informele drempels, gerelateerd aan zowel patient als zorgverlener, niet altijd de medisch zorg te ontvangen die noodzakelijk is en wordt deze zorg soms ook geweigerd.

5 Internationale vergelijking toegang tot zorg voor onverzekerden

Deelvraag twee is: Hoe is de financiering van zorg voor onverzekerden geregeld in drie nader te bepalen andere Noordwest Europese landen? Welke lessen kunnen we hieruit trekken m.b.t. zorg aan onverzekerde personen en welke maatregelen in deze landen zijn effectief gebleken om onverzekerden aan een verzekering te helpen?

5.1 Duitsland

Het Duitse gezondheidszorgsysteem is op complexe wijze georganiseerd (European Observatory on Health Systems and Policies 2024). Het is verplicht om een ziektekostenverzekering te hebben, waarbij 89% van de inwoners verzekerd is via een publieke zorgverzekering. De resterende 11 % is verzekerd via vervangende private ziektekostenverzekering en betreft o.a. mensen boven een bepaald inkomen, ambtenaren en zelfstandigen die daar voor kiezen.

Het Duitse stelsel wordt gekenmerkt door decentralisatie en overdracht van taken aan zelfstandige bestuursorganen en samenwerkingsverbanden van bijvoorbeeld verzekeraars en zorgaanbieders. De federale overheid heeft de belangrijkste wettelijke kaders vastgesteld en de deelstaten zijn grotendeels verantwoordelijk voor de uitvoering. De Duitse gezondheidszorg staat goed aangeschreven en Duitsland geeft er een aanzienlijk hoger percentage van het BNP aan uit dan het Europese gemiddelde, namelijk 12,7% in 2022.

5.1.1 Regeling en financiering van medische zorg voor onverzekerden

Volgens de officiële statistieken waren er in 2019 in Duitsland 61.000 mensen zonder zorgverzekering, met daarin een oververtegenwoordiging van zelfstandigen en werklozen (Stötzler en Kaifie 2023:2). De gebruikte methode nam niet de onverzekerde daklozen en ongedocumenteerde vreemdelingen mee, zodat het werkelijke aantal substantieel hoger ligt, naar schatting 100.000 of zelfs een half tot 1 miljoen (Kratzsch e.a. 2022:1; Kurz 2022; Stötzler en Kaifie 2023:2; Zimmer 2024a:1). Daarnaast waren er in 2022 700.000 mensen met een betalingsachterstand van meer dan twee maanden op hun zorgverzekering. Deze groep heeft alleen nog toegang tot acute zorg en behandeling bij pijnandoeningen. Wanneer zij echter een betalingsregeling treffen kunnen zij de volledige dekking herstellen (Kurz 2022:A1740).³⁶

Spoedeisende zorg dient in Duitsland altijd geleverd te worden en wanneer dat niet gebeurt is dat strafbaar. (Stötzler en Kaifie 2023; Zimmer 2024a). Het verschil tussen acute en uitstelbare zorg is echter niet altijd goed te bepalen. Ziekenhuizen kunnen deze zorg op verschillende manieren vergoed krijgen. Een mogelijk is dat onverzekerde patiënten een anonieme zorgvoucher hebben (Anonymer Krankenschein) of andere zorgvoucher die hen tijdelijk toegang geeft tot reguliere zorg. Bij patiënten zonder zorgvoucher kunnen ziekenhuizen de verleende zorg declareren bij de gemeentelijke sociale dienst, uiteindelijk door de deelstaten gefinancierd.³⁷ Echter, dat dient uiterlijk de volgende dag

³⁶ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/menschen-ohne-krankenversicherung-ein-oft-uebersehenes-problem-0f03a705-055c-4855-9a36-d06040aef11f>

³⁷ Voor het Duitse equivalent van de Nederlandse 'bijstand', zie: <https://www.bmas.de/EN/Social-Affairs/Social-assistance/social-assistance.html?utm>

gedaan worden en bovendien moet de patiënt dan aan kunnen tonen de behandeling niet zelf te kunnen betalen (Zimmer 2024a:4).

Lokale diensten voor publieke gezondheid (Gesundheitsämter) zijn verantwoordelijk voor vrij toegankelijke advisering en onderzoek bij infectieziekten (Kratzsch e.a. 2022; Stötzler en Kaifie 2023). De mate waarin patiënten met infectieziekten zoals tuberculose, HIV en hepatitis ook daadwerkelijk behandeld worden verschilt per regio en per categorie onverzekerde patiënten. Daarbij speelt een rol of er financiering gevonden kan worden, zeker bij kostbare behandelingen zoals van HIV.

Tenslotte hebben onverzekerde vrouwen ook recht op zwangerschapszorg gedurende een periode die regionaal verschillend is, bijvoorbeeld van 6 weken voor de geboorte tot 8 weken na, of 3 maanden voor en na de geboorte. Het geldende aantal weken is niet altijd toereikend in geval van medisch noodzakelijke zwangerschapszorg die echter (nog) niet acuut is (Kratzsch e.a. 2022:8,9).

Voor alle overige zorg zijn onverzekerde patiënten aangewezen op een lappendeken van maatschappelijke organisaties die samen een parallel gezondheidszorgsysteem vormen, waaronder MediNetz, AKS, Malteser Migranten Medizin, Dokters van de Wereld en Caritas (Kratzsch e.a. 2022; Stötzler en Kaifie 2023; Zimmer 2024b). Deze organisaties drijven voor een groot deel op vrijwilligers en op financiële donaties en zijn sterk geconcentreerd in grote en middelgrote steden en stedelijke gebieden. Een internetzoektocht van Zimmer (2024b) identificeerde 128 lokale organisaties die medische zorg aan onverzekerden leveren of arrangeren in samenwerking met medici. Van de 68 organisaties die deelnamen aan Zimmer's vragenlijstonderzoek verleende 92 % deze medische zorg anoniem.

Een relatief grote organisatie is MediNetz³⁸ met in 2023 33 locaties verspreid over Duitsland (Stötzler en Kaifie 2023:2). Deze afdelingen bestaan uit studenten en andere vrijwilligers, die samenwerken met bevriende artsen, psychiaters, tandartsen en andere zorgverleners die gratis of tegen gereduceerd tarief zorg verlenen. Ook werken ze samen met zorginstellingen, zoals ziekenhuizen waarbij MediNetz dan de rekening betaalt. MediNetz richt zich met name op ongedocumenteerde vreemdelingen vanuit de overtuiging dat toegang tot medische zorg een universeel mensenrecht is. Daarom pleiten zij bij de politiek verantwoordelijken ook voor betere landelijke regelingen om deze toegang te garanderen (Stötzler en Kaifie 2023:9-10).

De drie AKS afdelingen in Bonn, Leipzig en Thüringen hebben een wat andere werkwijze (Stötzler en Kaifie 2023:2). Dit zijn proefprojecten gefinancierd door de gemeente of regio die samenwerken met zogenaamde Clearingstellen, adviesloketten voor mensen zonder zorgverzekering of waarvan de verzekeringsstatus onduidelijk is. Dit betreft zowel immigranten als inwoners met de Duitse nationaliteit. Deze Anonymer Krankenschein afdelingen regelen zorgvouchers die op de korte termijn toegang geven tot zorg, waarbij de Clearingstellen zich richten op duurzame toegang, vaak door het regelen van een zorgverzekering (indien mogelijk). Deze AKS afdelingen hebben ook betaalde krachten in dienst en meer financiële armslag dan vrijwilligersorganisaties zoals MediNetz. De AKS Bonn stelt drie voorwaarden aan de geboden hulp: geen zorgverzekering, onvoldoende eigen middelen en tenminste drie maanden voornamelijk in Bonn verblijven. Dit hoeft men echter niet te kunnen bewijzen.³⁹

Onderzoek laat zien dat dit parallelle systeem voor medische zorg aan onverzekerden in een grote behoefte voorziet, maar ook diverse knelpunten kent (Kratzsch e.a. 2022; Stötzler en Kaifie 2023; Zimmer 2024b). In een onderzoek uitgevoerd in de deelstaat Noordrijn-Westfalen kwamen de

³⁸ <https://medibueros.org/>

³⁹ <https://aks-bonn.de/sprechstunde/english?>

meeste patiënten voor acute klachten en zwangerschap en relatief weinig voor chronische ziekten. Dat wijst er op dat mensen vaak (te) lang wachten met doktersbezoek en dat werd ook inderdaad gezien. Preventieve zorg werd beperkt verleend (Stötzler en Kaifie 2023:7-9). Een knelpunt in het organiseren van voldoende zorg is de moeite die organisaties ervaren om voldoende artsen en andere zorgverleners te vinden die met hen samen willen werken (Stötzler en Kaifie 2023:8-9) Een groot knelpunt betreft de financiering van de verleende zorg . Wanneer patiënten, zoals ongedocumenteerden, niet in verzekering gebracht kunnen worden, lopen de kosten voor met name chronische zorg (bijv. hepatitis), oncologische zorg en zorg waarvoor ziekenhuisopname nodig is hoog op. Dit heeft als gevolg dat betreffende maatschappelijke organisaties gezien hun beperkte budget soms moeten kiezen voor welke patiënten zij wel en geen behandeling regelen en vergoeden (Kratzsch e.a. 2022:8-9; Stötzler en Kaifie 2023:8-9,11).

Mede als gevolg van deze knelpunten is de kwaliteit van de medische zorg voor onverzekerden in Duitsland gemiddeld duidelijk minder dan de reguliere zorg aan onverzekerden. Een deel van de medisch noodzakelijke zorg kan helemaal niet verleend worden en het lukt organisaties ook niet altijd om patiënten te behandelen overeenkomstig de richtlijnen. Zij zien zich soms genooddaakt tot tweede klasse geneeskunde (Kratzsch e.a. 2022:9; Stötzler en Kaifie 2023:8; Zimmer 2024b:5). Ook is vanwege de centralisatie van de organisaties die zorg verlenen aan onverzekerden de toegang afhankelijk van de woonplaats van de patiënt, wat bijdraagt aan ongelijke toegang met name voor patiënten in meer landelijke gebieden (Zimmer 2024b:4-5).

In aanvulling op deze algemene beschrijving van de organisatie en financiering van medische zorg aan onverzekerden volgt hieronder voor een aantal deelgroepen nog een nadere beschrijving.

Dakloze Duitse inwoners

Het regelen van financiële toegang tot medische zorg voor dakloze Duitse inwoners is de wettelijke verantwoordelijkheid van de sociale loketten die de *Sozialhilfe*, de Duitse vorm van bijstand, regelen (Zimmer 2024a:3).⁴⁰ Afhankelijk van de termijn waarop betreffende medische zorg nodig is, vergoeden deze sociale loketten de zorg rechtstreeks of via een zorgverzekeringsfonds.

EU arbeidsmigranten

EU arbeidsmigranten zonder zorgverzekering die hier langer dan 3 maanden werken en die de zorg niet zelf kunnen betalen, hebben recht op medische zorg (Stötzler en Kaifie 2023:2; Zimmer 2024a:3). Dat verloopt weer via de sociale loketten en dat betekent dat patiënten of ziekenhuizen aan dienen te tonen dat betreffende patiënten niet zelf kunnen betalen. Deze sociale bijstand is er voor werkloze EU-migranten pas na vijf jaar verblijf in Duitsland en is er ook niet voor mensen die voornamelijk werkzoekende zijn, geen verblijfsvergunning hebben, naar Duitsland zijn gekomen met als enige doel het verkrijgen van bijstand, of voor familieleden. De studie van Kratzsch et al. (2022:6,10) rapporteert dat het in de praktijk moeilijk kan zijn om zorg vergoed te krijgen voor de groep van werkende EU migranten. Dit omdat zij verondersteld worden een zorgverzekering uit hun thuisland mee te brengen en zij theoretisch de zorg ook in hun thuisland zouden kunnen vragen.

⁴⁰ Op basis van het Duitse Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/_47.html (Art. 47 t/m 52 en 98, volgens (Zimmer 2024a)).

Ongedocumenteerde migranten

Vanwege diverse factoren is voor ongedocumenteerde migranten de toegang tot medische zorg het meest moeilijk (Kratzsch e.a. 2022:13-14; Stötzler en Kaifie 2023:2; Zimmer 2024a:3-4). Mensen zonder geldig verblijfsrecht kunnen in Duitsland niet legaal werken en zich ook niet verzekeren. Wel hebben zij op basis van de Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG, de Duitse ‘Wet op de voorzieningen voor asielzoekers’) recht op behandeling bij acute ziekte en pijnandoeningen, vaccinaties en zwangerschapszorg. Echter, het recht op deze bijstand via de sociale loketten geldt alleen wanneer de onverzekerde patiënt die zelf niet kan betalen. Dit bewijs is voor ongedocumenteerde patiënten en het ziekenhuis moeilijk te leveren, juist mede vanwege het ongedocumenteerd zijn. Deze procedure wordt door ziekenhuizen ook als bewerkelijk ervaren en het levert onzekerheid op over de vergoeding. Volgens Medinetz Leipzig verplicht de spoedeisende hulp de patiënt soms om vooraf te betalen of een verklaring te tekenen dat hij alle kosten zal voldoen.⁴¹

Verder is illegaal verblijf in Duitsland strafbaar en geldt voor publieke autoriteiten de plicht om de immigratiediensten te informeren wanneer zij iemand opmerken die geen geldige verblijfsvergunning heeft. Dat betekent dat ongedocumenteerden die zelf contact opnemen met het sociale loket het risico lopen op uitzetting en hetzelfde geldt wanneer het ziekenhuis hun gegevens deelt. Dit laatste zou niet zo moeten zijn omdat de bescherming van het medisch beroepsgeheim zich in principe volgens de regelgeving ook uitstrekt tot die gegevensuitwisseling. In de praktijk is dat echter onzeker en sommige artsen denken zelfs, geheel ten onrechte, dat zij vervolgd kunnen worden wanneer zij medische zorg verlenen aan vreemdelingen zonder verblijfsrecht (Zimmer 2024a:4). Hoewel dus volgens geldende wet- en regelgeving deze groep onverzekerden ook voor vergoede zorg in aanmerking zou moeten komen wanneer zij zelf niet kunnen betalen, zijn daarvoor veel obstakels.

5.1.2 Wat kan Nederland leren van de aanpak en ervaringen in Duitsland?

In het Duitse systeem hebben de gemeentelijke sociale diensten een grote rol in het regelen van de financiering van medische zorg aan onverzekerden. Waar mogelijk regelen zij die financiering door betreffende patiënten weer verzekerd te krijgen. Uit de literatuur werd niet duidelijk in hoeverre zij daar daadwerkelijk in slagen, maar in elk geval komen zij via deze werkwijze met veel onverzekerde patiënten in contact, wat een in principe een voordeel is van de Duitse aanpak. Ook zou op deze wijze beter dan in Nederland vastgesteld moeten kunnen worden of iemand inderdaad zelf niet kan betalen en een beroep op financiële ondersteuning noodzakelijk is.

Verder wordt uit de Duitse praktijkervaring duidelijk dat het ontbreken van federale en uniforme financiering van medische zorg aan degenen die om wat voor reden dan ook niet verzekerd kunnen worden, de daadwerkelijke toegang tot zorg substantieel beperkt. Met veel inzet van vrijwilligers en participerende zorgverleners wordt aan deze groep zorg verleend, maar die is vaak van mindere kwaliteit, of kan, met name in geval van dure zorg helemaal niet verleend worden. Ook is als gevolg van regionale verschillen in de beschikbaarheid en kwaliteit van het alternatieve zorgsysteem de toegang tot zorg ongelijk. Tenslotte bleek ook de angst om via het vragen van zorg gerapporteerd te worden bij de politie en immigratiediensten en vervolgens uitgezet te worden een belangrijk knelpunt. De Duitse auteurs van de studies waar bovenstaande beschrijving op gebaseerd is pleiten, samen met organisaties zoals MediNetz, voor diverse verbeteringen van het systeem om genoemde knelpunten te verbeteren. Een daarvan is een landelijke, uniforme en betere financiering van zorg aan onverzekerde patiënten (Kratzsch e.a. 2022:14; Stötzler en Kaifie 2023:12; Zimmer 2024b:6-7).

⁴¹ <https://www.medinetz-leipzig.de/en/sick-and-without-papers/>

5.2 België

België kent een stelsel met een wettelijk verplichte sociale ziektekostenverzekering, waarin 99% van de inwoners ook daadwerkelijk verzekerd is (European Observatory on Health Systems and Policies 2025a:5 e.v.). Een belangrijke rol binnen dit verzekeringsstelsel is weggelegd voor het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIVIZ). Het RIVIZ stelt o.a. in overleg met betrokken partijen het verzekerde basispakket vast en houdt toezicht op de uitvoering van de ziektekostenverzekering. Op het federale niveau wordt besloten over relevante landelijke regelgeving (bijv. t.a.v. patiëntrechten), budgetten voor ziekenhuiszorg, etc., terwijl de regio's en gemeenten voor andere zaken verantwoordelijk zijn, zoals de organisatie van de eerstelijnszorg, ouderenzorg en de GGZ.

De openbare centra voor maatschappelijk welzijn (OCMW) spelen een centrale rol in de financiering van medische zorg aan onverzekerde patiënten. Elke stad of gemeente heeft een OCMW, dat als functie heeft om zorg te dragen voor het sociale welzijn van haar burgers, zodat die een leven kunnen leiden overeenkomstig de menselijke waardigheid.⁴² Zo bieden zij of regelen zij toegang tot sociale bijstand, huisvesting, medische hulp, thuiszorg, arbeidsbemiddeling, schuldhulpverlening en psychosociale hulp. Voor toegang tot sociale bijstand en medische hulp onderzoekt het OCMW eerst of de aanvrager inderdaad zelf onvoldoende financiële middelen heeft.

Een andere cruciale actor is de programmatorische overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid (POD MI). Dit is een federale overheidsdienst met als missie om “een menswaardig bestaan waarborgen voor iedereen die door de mazen van het sociale vangnet valt, in armoede leeft en geen recht meer heeft op andere vormen van bijstand zoals werkloosheidsuitkeringen, invaliditeitsuitkeringen, enz”.⁴³

In het navolgende zal eerst de financiering van medische zorg aan mensen zonder verblijfsrecht uitgebreid beschreven worden. Daarna volgt een relatief korte en schetsmatige beschrijving voor daklozen met de Belgische nationaliteit en EU arbeidsmigranten, omdat geen evaluatiestudies of wetenschappelijke literatuur gevonden t.a.v. de financiering van medische zorg voor deze groepen. Asielzoekers hebben in België een eigen regeling en zullen niet besproken worden.⁴⁴

5.2.1 ‘Dringende medische hulp’ (DMH) aan mensen zonder verblijfsrecht.

De OCMWs hebben de wettelijke taak om te voorzien in zogenaamde dringende medische hulp (DMH) voor onverzekerden zonder wettelijk verblijfsrecht die deze zorg zelf niet kunnen betalen. Dit is geregeld in de wet op de OCMW uit 1976, welke de taak van het OCMW voor ongedocumenteerden beperkt tot de medische hulp die nodig is om in waardigheid te kunnen leven.⁴⁵ Dit is verduidelijkt in een Koninklijk Besluit uit 1996.⁴⁶ Dringende medische hulp “betreft hulp die een uitsluitend medisch karakter vertoont en waarvan de dringendheid met een medisch getuigschrift wordt aangetoond”. Deze DMH kan zowel ambulante worden verleend als in een zorginstelling. De wet stelt als voorwaarde voor terugbetaling een medisch attest dat de zorg ‘dringend noodzakelijk is’. De term DMH geeft dan ook ‘enige verwarring’ omdat deze opgevat kan

⁴² https://www.belgium.be/nl/familie/sociale_steun/ocmw

⁴³ <https://www.mi-is.be/nl/over-pod-mi>

⁴⁴ <https://www.fedasilinfo.be/nl>

⁴⁵ <https://codex.vlaanderen.be/Portals/Codex/documenten/1003942.html#H1007590> artikel 57, par. 2.

⁴⁶

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet

worden als enkel betrekking hebbend op levensbedreigende situaties (Rekenhof 2025:49). Echter, uit de tekst van het Koninklijk Besluit blijkt dat DMH breder opgevat moet worden:

“Dringende medische hulp kan zorgverstrekking omvatten van zowel preventieve als curatieve aard. In geval van besmettelijke ziekten die door de bevoegde overheden als zodanig erkend zijn en onderworpen zijn aan profylactische maatregelen, moet de dringende medische hulp die aan de patiënt verstrekt wordt de nazorg inhouden die noodzakelijk is voor de algemene volksgezondheid”.

En de site van de POD-MI stelt “De naam doet vermoeden dat het enkel gaat om dringende hulp (bv. bij een ongeval of ten gevolge van een ziekte), maar dit is niet zo. Dringende medische hulp kan ook betrekking hebben op een medisch onderzoek, een kinesitherapiebehandeling of zelfs een eenvoudig bezoek aan de huisarts. De dringende noodzakelijkheid van de medische hulpverlening wordt uitsluitend bepaald door een arts, niet door de patiënt of door het OCMW.”⁴⁷

In de praktijk bepaalt dus de arts de noodzakelijkheid van de medische hulpverlening (Vgl. Lafaut en Coene 2023:5). In zijn recente uitvoerige evaluatie van het functioneren van de DMH adviseert het Rekenhof om “in de reglementaire teksten de formulering ‘dringende medische hulp’ te vervangen door ‘medische basishulp’”, die alle medische zorg omvat die door de reguliere verplichte zorgverzekering gedekt wordt (Rekenhof 2025:49).⁴⁸

In vogelvlucht verloopt de procedure om DMH aan te vragen en verkrijgen als volgt. De onverzekerde patiënt meldt zich met het verzoek voor DMH bij het OCMW van de stad of gemeente waar hij woont. Het OCMW stelt vervolgens een sociaal onderzoek in om te kijken of de patiënt aan de voorwaarde voldoet. Als dat zo is krijgt de patiënt een medische kaart, waarmee binnen de reguliere gezondheidszorg de nodige medische zorg ontvangen wordt. Vervolgens rapporteert de zorgverlener de verleende zorg met het benodigde medische attest, waarna het OCMW de factuur betaalt. Wanneer de geleverde zorg binnen het verzekerde pakket valt, krijgt het OCMW de kosten vervolgens vergoed door de POD-MI. Hieronder zal deze procedure in wat meer detail beschreven worden, voornamelijk op basis van de evaluatie van het Rekenhof (RH).⁴⁹

Het begint dus met de aanvraag bij het juiste OCMW (RH, 27-30). Sommige OCMWs bieden de mogelijkheid van een online aanvraag. Het OCMW moet de aanvrager dezelfde dag nog een ontvangstbewijs sturen of overhandigen en moet binnen een maand een besluit nemen. In de praktijk melden zorgvragers zich echter meestal eerst bij een zorgverlener, met name de spoedeisende hulp. Als de behandeling uitgesteld kan worden, dient de aanvrager eerst de aanvraag doen bij het OCMW. Moet de zorgvrager meteen behandeld worden en/of opgenomen, dan zet in de praktijk het ziekenhuis de DMH aanvraag in gang. Die procedure kan ingewikkeld zijn. Sommige OCMWs hebben procedures om bij spoed binnen 24 uur of binnen een week een beslissing te nemen, in geval van medische zorg die niet uitgesteld kan worden.

De volgende stap is het sociaal onderzoek, opgestart wanneer de DMH bij het juiste OCMW is gedaan (RH, 30-34). Het Rekenhof vat samen: “Volgens de wet moet het sociaal onderzoek in het dossier van de begunstigde de volgende elementen bevatten:

- een overzicht van zijn bestaansmiddelen en eventueel die van de persoon met wie hij samenwoont;

⁴⁷ <https://www.mi-is.be/nl/dringende-medische-hulp>

⁴⁸ Ook het KCE stelde in 2015 al voor om deze verwarring op te lossen (KCE 2015:21).

⁴⁹ Het Rekenhof gaat uit van het Belgische Parlement en is vergelijkbaar met de Nederlandse Algemene Rekenkamer. <https://www.ccrek.be/nl/veelgestelde-vragen#>. De uitvoerige evaluatie is o.a. gebaseerd op onderzoek van de wetgeving, de beschikbare documentatie, de beschikbare gegevens, een audit bij de POD MI, en op interviews met o.a. OCMWs, vijf verenigingen die hulp bieden aan mensen zonder wettig verblijf en vijf ziekenhuizen die veel DMH verlenen.

- een beknopte beschrijving van zijn levensomstandigheden die een invloed hebben op zijn behoefteigheid;
- of er al dan niet verblijfsrecht is;
- of er al dan niet een borgsteller is;
- of er al dan niet een ziektekostenverzekering is in België of in het buitenland” (RH, 31).

Dit is een bewerkelijke procedure, waarvan een huisbezoek onderdeel uit kan maken, hoewel niet wettelijk verplicht. Belangrijk onderdeel is vaststellen of de bestaansmiddelen lager zijn dan het ‘leefloon’, het minimuminkomen dat in België uitgekeerd wordt aan mensen die over onvoldoende bestaansmiddelen beschikken.⁵⁰ Standaard wordt ook gekeken of de aanvrager verzekeraar is, het zij in België of in het land van herkomst. Een borgsteller is iemand die zich verplicht heeft om de medische kosten van een visumaanvrager te voldoen. Tenslotte moet het OCMW nadat het besloten heeft de DMH toe te kennen blijven monitoren of de aanspraak wel blijft bestaan. Immers, als de aanvrager bijvoorbeeld een wettelijk verblijfsrecht krijgt, is deze verzekeraar en vervalt de grond voor DMH en krijgt het OCMW de kosten niet meer terugbetaald van de POD MI.

De derde stap is de beslissing van het OCMW, die tijdig geregistreerd dient te worden om terugbetaald te kunnen worden (RH, 35-46). Voor die registratie bestaan twee systemen. In het nieuwe Mediprima-systeem,⁵¹ voor ziekenhuizen en huisartsen, moet de registratie binnen 60 dagen na de medische zorgverlening gedaan zijn. Het oude Novaprima-systeem geldt voor overige zorgverleners en daarin dient een OCMW zijn beslissing binnen 45 dagen te registreren. Dit Novaprima-systeem werkt met digitale formulieren die het OCMW naar de POD MI stuurt, met daarin gegevens die de begunstigde identificeren en de betreffende medische hulp beschrijven. Het Mediprimasysteem is verregaand geautomatiseerd, zodat het OCMW niet meer hoeft te declareren bij de POD MI.

De vierde stap bestaat erin dat de begunstigde daadwerkelijk zorg vraagt bij een zorgverlener (RH, 46-47). Als het besluit van het OCMW niet in Mediprima is geregistreerd of de zorgverlener geen toegang heeft tot Mediprima dient deze via het OCMW document van de zorgvrager of rechtstreeks bij het OCMW na te gaan of de gevraagde medische zorg toegekend is en betaald zal worden. Als de beslissing wel in Mediprima staat en de zorgverlener heeft daar toegang toe, dan kan deze meteen controleren of zijn patiënt toegang heeft tot de DMH en het OCMW die dus zal vergoeden.

De vijfde en laatste stap is de betaling aan de zorgverstrekkers (RH, 47-49). Deze terugbetaling is tegen het tarief dat via een regulier ziektekostenverzekering vergoed wordt. Wanneer de beslissing eenmaal in Mediprima geregistreerd staat, betekent dat een betalingsgarantie en kunnen zorgverstrekkers rechtstreeks factureren via het systeem. Bij zorgverlening op basis van een besluit dat in Novaprima is geregistreerd dient de zorgverlener de factuur naar het OCMW te sturen, die deze vervolgens controleert en zelf de factuur voldoet. Voor terugbetaling moet het OCMW dan maandelijks digitaal bij de POD MI declareren, onder vermelding van de kosten van de medische zorg voor zover die tot het verzekerde pakket behoort. Voor beide routes geldt dat de arts of tandarts altijd een DMH-attest op dienen te stellen. De evaluatie van het Rekenhof maakt duidelijk dat de OCMWs vanuit hun sociale opdracht soms ook medische zorg vergoeden die niet in het verzekerde pakket is opgenomen, maar door artsen wel medisch noodzakelijk geacht worden (RH, 15, 21, 51). Denk aan “tandprothesen, een bril, stomazakjes, of krukken”, bepaalde geneesmiddelen en

⁵⁰ <https://www.vlaanderen.be/leefloon>

⁵¹ <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

thuisverzorging (RH, 43). Tenslotte dient opgemerkt dat ziekenhuizen niet het in België gebruikelijke ereloon kunnen declareren, wat ten opzichte van regulier verzekerde patiënten minder inkomsten kan betekenen.⁵²

In 2023 heeft de POD MI voor 23.032 mensen de DMH terugbetaald aan de OCMWs. Het werkelijke aantal begunstigden ligt waarschijnlijk hoger, o.a. omdat de OCMWs niet alles terugbetaald krijgen (RH, 19). Dit in verhouding tot de naar schatting (in 2014) tussen de 85.000 en 160.000 onrechtmatig in België verblijvenden (KCE 2015; Rekenhof 2025:18). In 2022 bevond 67 % van de begunstigden zich in het Brussels hoofdstedelijk gewest. Het in totaal door de POD MI vergoede bedrag aan DMH bedroeg 80,7 miljoen euro (RH, 21).

Het Rekenhof geeft de volgende informatieve sociodemografische beschrijving van de begunstigden (RH, 20): “Uit de gegevens die de POD MI meedeelde, kunnen enkele kenmerken van de begunstigden worden afgeleid, maar enkel van begunstigden voor wie de POD MI verzorging terugbetaalde in het kader van de DMH. Zo zijn ze gemiddeld 40 jaar oud, is 43 % een vrouw en komt 94 % van de begunstigden uit een land van buiten de Europese Unie. [...] Zo heeft een aanzienlijk deel geen vaste woonplaats (volgens een van de OCMW’s die het Rekenhof heeft ontmoet, liep dat aandeel zelfs op tot twee derde van de begunstigden). Hun administratieve toestand is soms uitermate ingewikkeld.

De auditinterviews geven voorbeelden van de gezondheidsproblemen bij de DMH-begunstigden, onder meer problemen die samenhangen met dakloosheid, verslavingen en spoedopnames. In een van de ziekenhuizen die het Rekenhof bezocht, heeft de meest voorkomende verzorging vooral betrekking op bevallingen, kankers, ongevallen, tuberculose en geriatrische problemen van mensen die niet zelfstandig kunnen leven.”

5.2.2. *Evaluatie van het functioneren van de DMH*

Het navolgende biedt een kort overzicht van rapporten en studies die de DMH evalueren, voornamelijk geordend volgens de hierboven beschreven vijf stappen van het DMH proces. Wat het totaalbeeld betreft lijkt het erop dat nog steeds grotendeels geldt wat de KCE in 2025 schreef: “DMH is een sterk signaal dat België het fundamenteel recht voor iedereen op toegang tot gezondheidszorg respecteert. Maar de complexiteit van de huidige procedures is nefast voor alle betrokken partijen: de toegang tot de gezondheidszorg voor de personen zonder wettig verblijf is onzeker en variabel, de administratieve procedures zijn zwaar en duur voor de OCMW’s, moeilijkheden in praktijk beheer voor de zorgverstrekkers, en het is voor de publieke overheden moeilijk om de zorgpraktijk en de kosten te monitoren” (KCE 2015:2).

Met betrekking tot de aanvraag (RH, 27-30) is er het probleem dat niet altijd, zoals verplicht, meteen een ontvangstbewijs wordt verstrekt aan de aanvrager. Hierdoor kan deze moeilijk in beroep gaan tegen het uitblijven van een beslissing. Verder is het niet altijd gemakkelijk te bepalen wat geografisch het juiste OCMW is voor een aanvraag. Ziekenhuizen ondervinden diverse problemen met sommige OCMWs bij het doen van een DMH aanvraag wanneer zij patiënten direct geaccepteerd hebben. Zo weigert een OCMW soms om een niet-ondertekende aanvraag in behandeling te nemen van een patiënt die daartoe niet in staat is.

⁵² “Een ereloonsupplement een bijkomend bedrag dat een arts mag aanrekenen bovenop het officiële tarief”. Zie <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/financiële-toegankelijkheid/ereloonsupplementen>

Bij de tweede stap, het sociaal onderzoek, slaagt het OCMW er niet altijd in om opnieuw contact op te nemen met de aanvrager, gezien de precaire toestand waarin deze zich vaak bevindt. In dat geval wordt in de praktijk de DMH geweigerd, omdat het sociaal onderzoek niet voltooid kon worden. Wanneer de begunstigde van gemeente verandert kan de continuïteit van de DMH in gevaar komen. Het onderzoeken van de verzekeraar vraagt internationale uitwisseling van gegevens en is tijdrovend.

Wat betreft de derde stap, de beslissing van het OCMW zijn er ook meerdere knelpunten (RH, 35-46). De beslissingstermijn van 1 maand wordt niet altijd in acht genomen en daar staat geen sanctie op. Een belangrijke bevinding is de grote variatie in de beslissingen van de OCMWs, waardoor in de praktijk de toegang tot DMH variabel is (zie daarvoor ook KCE 2015:20; Lafaut en Coene 2023). Sommige OCMWs nemen de vrijheid om geen zorg toe te kennen die niet in het verzekerde pakket zit en die daarom ook niet door de POD MI vergoed wordt. Ziekenhuizen geven aan dat dit tot grote problemen kan leiden, bijvoorbeeld een nieuwe ziekenhuisopname door het achterwege blijven van vervolgzorg na een bevalling, of een onnodig langdurig ziekenhuisverblijf door het weigeren van thuiszorg of opname in een revalidatiecentrum. Verder kan de duur van de medische kaart die toegang geeft tot zorgverstrekkers sterk verschillen zonder dat daarvoor afdoende redenen te geven zijn. Ook beperken sommige OCMWs het aantal zorgverleners waar de aanvrager terecht kan, wat in strijd is met de Belgische wet op patiëntrechten.

M.b.t. de vierde stap, het aanvragen van zorg door de aanvrager die een positieve OCMW beslissing heeft ontvangen stelt het Rekenhof het volgende: “Volgens de auditinterviews kan het voor een begunstigde moeilijk zijn om een zorgverstrekker te vinden, zelfs als die gemachtigd is om de begunstigde te behandelen in het kader van de DMH, omdat artsen, wijkgezondheidscentra, ziekenhuizen en apothekers zouden weigeren de zorg voor DMH-begunstigden op te nemen. Daarvoor worden verschillende redenen aangehaald:

- de hoge werklast van zorgverstrekkers;
- de moeilijkheden die samenhangen met het feit dat de begunstigden de landstalen niet beheersen;
- de administratieve rompslomp van de DMH-procedures;
- de onmogelijkheid om ereloonsupplementen te vragen;
- de vrees om niet betaald te worden” (RH, 46).

Die administratieve last hangt direct samen met de vijfde stap, de betaling van de facturen. Voor de betrokken partijen komt deze last vooral neer op de stedelijke gebieden, met Brussel als absolute koploper. Als oplossing voor de terughoudendheid om zorg te verlenen wordt voorgesteld om het Mediprima-systeem voor alle zorgverleners te laten gelden. Dit omdat de administratieve last veel lager is en registraties in Mediprima een betalingsgarantie betekent. Ook stelt het Rekenhof voor om de OCMWs specifiek te vergoeden voor hun werk t.a.v. de DMH, wat nu niet zo is. Een zorg in verband met de administratieve procedure is ten slotte ook dat OCMWs soms gegevens vragen die onder het medisch beroepsgeheim vallen (BAPN 2025:23; Rekenhof 2025:44, 48).

Drie van de vijf ziekenhuizen die door het Rekenhof bezocht zijn geven aan dat er zoveel door OCMWs niet terugbetaalde facturen zijn van medische zorg die voldoet aan de criteria voor DMH dat zij regelmatig rechtszaken voeren (RH 49,50). Deze procedures winnen zijn vaak, maar doen ze alleen bij grote facturen.

Verder is ook de analyse van het type zorg verleend in het kader van DMH inzicht gevend (RH, hoofdstuk 2). Bij de DMH lag in 2021 het aandeel in de kosten van ziekenhuiszorg 83 % tegenover 11

% in de algemene bevolking.⁵³ Hoewel de cijfers niet helemaal vergelijkbaar zijn duidt dit volgens het Rekenhof op onvoldoende toegang tot de eerstelijnszorg. Dit ziet men als een groot probleem, omdat deze ‘onderbenutting’ van de eerstelijnszorg kan leiden tot ernstige en blijvende gezondheidsschade. Bovendien leidt het tot vermijdbare en veel duurdere ziekenhuisopnames: waar een ziekenhuisopname tot meer dan 1000 euro per dag kost, zijn de kosten voor een huisartsbezoek in België tussen de 24 en 30 euro (RH, 24).

Enkele oorzaken van de beperkte daadwerkelijke toegang zijn hierboven, bij de vierde stap al besproken. Belangrijke factor is ook het gebrek aan kennis van de DMH regeling bij de doelgroep (BAPN 2025). Het Rekenhof refereert aan een studie uit 2012 die vond dat 50% van de doelgroep niet van het bestaan van DMH afweet. Dit ondanks diverse hulpverenigingen die de doelgroep informeren en aanmoedigen om vroegtijdig hulp te zoeken. De POD MI vraagt deze hulpverenigingen om de doelgroep ook in te lichten over het medisch beroepsgeheim dat betrokkenen hebben (RH, 23). Sommige van deze hulpverenigingen worden door de plaatselijke, regionale, of federale overheid gesubsidieerd (RH, 11).

Tenslotte is het vermeldenswaard dat in België de strafbaarstelling van illegaliteit niet gekoppeld is aan een meldingsplicht voor publieke diensten. Betrokken partijen hebben juist de plicht geen gegevens te delen (KCE 2015:19; Rekenhof 2025:23). De organisatie Medimmigrant⁵⁴ meldt in 25 jaar hier nooit klachten over gehad te hebben (Medimmigrant z.d.). Desondanks is angst om aangegeven te worden in de praktijk volgens het Rekenhof en volgens ervaringsdeskundigen toch een drempel om zorg te vragen (BAPN 2025:22, 29; Rekenhof 2025:23).

5.2.3 Daklozen & EU burgers

Voor dakloze burgers met de Belgische nationaliteit, die dus verzekeraar zijn bij een Belgische ziektenkostenverzekeraar is de DMH niet bedoeld. Zij kunnen zich wel melden bij het OCMW.⁵⁵ Deze zal hen dan weer begeleiden naar een verzekering. Onderdeel van deze hulp kan zijn het helpen bij het aanvragen van een referentieadres, nodig voor het afsluiten van een ziektekostenverzekering.⁵⁶ In de tussentijd kan het OCMW mogelijk bepaalde medische kosten op zich nemen.

Voor onverzekerde EU arbeidsmigranten geldt in principe hetzelfde. Echter, als zij werkloos zijn kunnen zij niet (via het ziekenfonds) verzekerd worden. In dat geval wordt gekeken of hij in het land van herkomst verzekerd is. Het lijkt erop dat indien dat niet zo is ook EU arbeidsmigranten van de DMH regeling gebruik kunnen maken,⁵⁷ maar duidelijke informatie daarover is niet gevonden.

⁵³ Het KCE rapport uit 2015 vergelijkt de doelgroep ook met de algemene bevolking: “Volgens onze schattingen had 10% (17 602/85 000) tot 20% (17 602/160 000) van de mensen zonder wettig verblijf in 2013 minstens eenmaal contact met de gezondheidsdiensten via DMH. Ter informatie: dit percentage ligt rond de 90% voor de mensen die gedekt zijn door de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (ZIV), ongeacht leeftijd en geslacht” (KCE 2015:9).

⁵⁴ <https://medimmigrant.be/>

⁵⁵ https://www.mi-is.be/sites/default/files/documents/wegwijs_in_medische_hulp_1.pdf

⁵⁶ https://www.belgium.be/nl/huisvesting/sociale_huisvesting/dakloos

⁵⁷ <https://medimmigrant.be/nl/info/gezondheidszorg-per-betalingsregeling/ocmw/dringende-medische-hulp>

5.2.4 Wat kan Nederland leren?

Doordat België net als Nederland een sociaal verzekeringsstelsel heeft en doordat de DMH net als in Nederland de OVV toegang geeft tot het regulier zorgstelsel is een vergelijking zeer zinvol. Allereerst valt op dat de DMH regeling door de strikte voorwaarden en het uitgebreide sociale onderzoek naar o.a. de vraag of iemand inderdaad niet zelf kan betalen een betere waarborg tegen fraude en oneigenlijk gebruik biedt dan de OVV. Daar staan wel hoge uitvoeringskosten tegenover, in het Brusselse Stedelijk Gewest (met in 2022 67% van de begunstigden) tenminste 8 miljoen euro (RH, 51). Deze kosten zijn het gevolg van de hoge administratieve last voor alle betrokkenen, al zou die moeten verminderen door uitbreiding van het gebruik van het Mediprima-systeem.

Verder kent de DMH regeling veel soortgelijke knelpunten als in Nederland. Er is een gebrek aan kennis over de regeling, er is in de praktijk onduidelijkheid over wat de regeling dekt (maar naar het aanziet wel duidelijk meer dan in Nederland), er is angst bij de doelgroep om na contact met zorgverleners gerapporteerd en opgepakt te worden, er zijn afhoudende zorgverleners, er is onzekerheid bij zorgverleners over vergoeding van geleverde zorg (maar ogenschijnlijk meer dan in Nederland), en zo nog meer. Net als in Nederland leiden deze factoren ook tot een interactie tussen formele en informele drempels die een negatief effect heeft op de toegang tot medisch noodzakelijke zorg (zie ook (KCE 2015:2)). Net als in Nederland is daarom het werk van de diverse steunorganisaties die in België actief zijn onmisbaar om de daadwerkelijke toegang tot DMH te bewerkstelligen, ondanks dat de DMH de (formele) financiële drempel grotendeels wegneemt.

Tenslotte zou het zeer informatief zijn om ook in Nederland een vergelijking uit te voeren tussen het aandeel in de kosten van de OVV van de ziekenhuiszorg versus eerstelijnszorg. In België werd de scheve verhouding met relatief veel ziekenhuiszorg verklaard als onderbenutting van de eerstelijnszorg die leidt tot ernstige gezondheidschade bij ongedocumenteerde migranten en tot onnodig hoge kosten. In dit verband is het informatief dat de budgetimpact van de DMH in dezelfde orde grootte is als die van de OVV.

5.3 Ierland

Het Ierse gezondheidszorgstelsel is voornamelijk (77 % van alle uitgaven in 2021) publiek gefinancierd, met name via belastingen (European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Het aandeel private financiering (23%) bestaat uit eigen betalingen (11 %) en particuliere zorgverzekeringen (12 %). Anders dan in veel andere EU landen, kent Ierland geen universele toegang tot alle publiek gefinancierde gezondheidszorg. Een belangrijke rol heeft de Health Service Executive, die de zorg organiseert en zelf ook levert (bijv. ziekenhuizen) of inkoopt (bijv. huisartsenzorg).

De aanspraak op gezondheidszorg verschilt tussen inwoners die in aanmerking komen voor één van de verschillende vormen van ondersteuning en inwoners voor wie dat niet geldt (European Observatory on Health Systems and Policies 2023; Thomas e.a. 2021). Ongeveer een derde van de bevolking (31% in 2021) voldoet aan de voorwaarden voor een zogenaamde 'medical card' ('Category I'), die vrije toegang geeft tot de huisarts en andere eerstelijnszorg en intramurale zorg en geneesmiddelen (waarvoor wel een eigen bijdrage van EUR 1.50 per item geldt). De medical card is alleen voor mensen beneden bepaalde grenzen voor inkomen en vermogen, hetgeen aangetoond moet worden. Voor een deel van de inwoners die niet in aanmerking komen voor een medical card ('Category II') zijn er wel andere regelingen, waaronder voor mensen met een chronische aandoening, inwoners boven de 70 of onder de 8 jaar. Ongeveer de helft van de inwoners komt voor geen enkele regeling in aanmerking en moet dus de huisarts zelf betalen.

Hoewel Ierland werkt aan een vergroting van de capaciteit van de gezondheidszorg middels het Sláintecare programma, is deze nog altijd beperkt en zijn er daardoor lange wachttijden (European Observatory on Health Systems and Policies 2023; Thomas e.a. 2021). Middels het afsluiten van een particuliere zorgverzekering kunnen inwoners eerder terecht voor ziekenhuiszorg en 47% van de Ieren heeft dan ook zo'n verzekering. Genoemd hervormingsprogramma beoogt wel deze tweedeling in de zorg ongedaan te maken en werkt toe naar universele gezondheidszorg voor alle inwoners.

Omdat Ierland een grotendeels met belastinggeld gefinancierd zorgsysteem heeft, en niet via een verplichte ziektekostenverzekering, dient de vraag naar hoe de toegang tot en betaling van medisch noodzakelijke zorg voor *onverzekerden* is geregeld vertaald te worden. Dit kan door te kijken naar hoe de groepen waar het om gaat, met name dakloze mensen, werkloze EU-migranten en ongedocumenteerde migranten, in Ierland toegang kunnen krijgen tot medisch noodzakelijke zorg. Doordat er nauwelijks wetenschappelijke literatuur gevonden werd over deze laatste twee groepen beperkt de beschrijving voor Ierland zich tot de groep dakloze mensen.⁵⁸

De basisvoorwaarde voor reguliere toegang tot de publiek georganiseerde gezondheidszorg, hetzij kosteloos of tegen gereduceerd tarief, is 'ordinary residency', ofwel zoiets als 'normaal inwonerschap'.⁵⁹ Daarvoor moet men tenminste een jaar in Ierland wonen of dat van plan zijn. Om dat inwonerschap vast te stellen kan de Health Service Executive vragen naar recente documenten zoals een aankoopbewijs of huurovereenkomst van een woonverblijf, een gas- of elektriciteitsrekening en meer.

5.3.1 Dakloze mensen

Het aantal daklozen is in Ierland in de jaren voor 2020 nog sterker gestegen dan in andere EU landen ((Allen e.a. 2020), geciteerd in (Ingram e.a. 2024:1855)). Zij kennen vergelijkbare problemen als in Nederland, zoals een slechtere gezondheid, kortere levensduur en slechtere toegang tot de eerstelijnszorg (Ingram e.a. 2024; McNeill, O'Donovan, en Hart 2022). In Ierland heeft volgens de gezondheidswetgeving de HSE de plicht om te voorzien in gezondheidszorg en sociale hulpverlening voor daklozen.⁶⁰ Dit wordt gefinancierd door het ministerie van gezondheid.

De Ierse overheid zet al een aantal jaren sterk in op Housing First⁶¹ en een evaluatie uit 2021 geeft een positief beeld van de opbrengsten van dit beleid (Greenwood, Byrne, en O'Shaughnessy 2022). Het evaluatierapport stelt ook dat de Housing First programma's in grote mate voldoen aan het 'officiële' Housing First model. De bewoners van de onderzochte Housing First programma's waren voordien gemiddeld 9,7 jaar dakloos geweest. Na gemiddeld 16 maanden zat 89 % nog in hun woning.⁶² In het algemeen hadden zij toegang tot huisartsenzorg en hun somatische gezondheidszorgbehoeften waren vervuld. Het rapport maakt echter geen vergelijking met vergelijkbare mensen die nog dakloos zijn. In het kader van dit onderzoek is geen wetenschappelijke literatuur gevonden die inzicht geeft in het effect van Housing First op toegang tot de gezondheidszorg en de gezondheid van daklozen in Ierland.

⁵⁸ Ik heb via overheidswebsites en sites gericht op migranten en kenniswerkers wel enigszins een beeld kunnen krijgen, maar zo summier en onzeker dat ik deze keus maak.

⁵⁹ <https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-system/entitlement-to-public-health-services/>

⁶⁰ <https://www.gov.ie/en/department-of-health/collections/inclusion-health/>

⁶¹ <https://www.gov.ie/en/department-of-housing-local-government-and-heritage/publications/housing-first/>

⁶² Interpretatie van "88.9% of clients were in their first HF tenancy" (Greenwood, Byrne, en O'Shaughnessy 2022:6).

De HSE is recent begonnen met de implementatie van het “HSE National Strategic Plan to Improve the Health of People Experiencing Homelessness in Ireland”, met een looptijd van 2024 tot 2027 (HSE National Social Inclusion 2024). Enkele elementen van dit plan die mogelijk relevant zijn voor Nederland zijn allereerst de nadruk op preventie en vroege interventie bij mensen met beginnende dakloosheid. Daarbij kijkt men ook naar kwetsbare populaties voor wie het einde nabij is van hun verblijf in instituties zoals gevangenissen en GGZ instellingen. Daarnaast is er ook het speerpunt van geïntegreerde zorg en case management. Dakloze mensen hebben vaak complex multi-problematiek en zijn minder goed in staat om de zorg die ze nodig hebben te ontvangen via een systeem van verwijzingen naar verschillende zorgverleners.

Naast de reguliere publiek georganiseerde zorg zijn er in Ierland ook maatschappelijke initiatieven, zoals Safety Net Primary Care.⁶³ Deze organisatie verleent kosteloos eerstelijnszorg aan kwetsbare groepen zoals dakloze mensen, vluchtelingen en de Roma gemeenschap.

5.3.2 *Wat kan Nederland van Ierland leren?*

Doordat er weinig relevante wetenschappelijke en grijze literatuur gevonden werd, kan er in het kader van dit onderzoek slechts heel tentatief iets gezegd worden. De zorg voor daklozen is toegankelijk doordat de HSE bij wet verplicht is deze aan te bieden, gefinancierd door het ministerie van gezondheid. Er lijkt voor hen dus geen afzonderlijke financieringsregeling te bestaan die per patiënt toegepast moet worden. Ierland zet sterk in op Housing First en het is aan te bevelen bij te houden of er wetenschappelijke evaluatiestudies verschijnen van het effect van dit programma op de toegang tot gezondheidszorg en de gezondheid van dakloze mensen.

5.4 Frankrijk

Het Franse zorgsysteem heeft een voornamelijk gecentraliseerde organisatie. Het kent een stelsel met een verplichte zorgverzekering die de hele bevolking dekt. Daarnaast heeft 96 % een aanvullende verzekering voor eigen bijdragen en zorg die niet onder de verplichte zorgverzekering valt (European Observatory on Health Systems and Policies 2025b:6).

In Frankrijk kunnen reguliere migranten, vluchtelingen en asielzoekers (na 3 maanden⁶⁴) de reguliere zorgverzekering afsluiten (Marsaudon e.a. 2024:1157). Voor irreguliere migranten of ongedocumenteerde vreemdelingen zonder voldoende inkomen is er de ‘Aide Médicale de l’Etat’ (AME), ofwel medische zorg van de staat. AME geeft vrije toegang tot de gezondheidszorg. Voor irreguliere migranten zonder AME is er wel toegang tot spoedeisende en vitale zorg (Jusot e.a. 2019:2; Zarca e.a. 2025). De toegang tot zorg voor EU migranten en daklozen worden hier buiten beschouwing gelaten.

5.4.1 *Aide Médicale de l’Etat (AME) - medische zorg van de staat*

De AME is tegelijk met het huidige Franse sociale zorgverzekeringsstelsel geïntroduceerd, met meerdere doelen (Jusot e.a. 2019:2). AME is een uitwerking van het recht op gezondheid en is gebaseerd op respect voor de menselijke waardigheid. Daarnaast dient AME ook een efficiënt

⁶³

⁶⁴ <https://asylumineurope.org/reports/country/france/reception-conditions/health-care/> In die eerste maanden hebben zij wel toegang tot spoedeisende zorg.

georganiseerde gezondheidszorg, o.a. door onnodig beroep op de in Frankrijk al zwaar belaste spoedeisende hulp te voorkomen. Ook wordt de publieke gezondheid hiermee beschermd en bevorderd. Een goed overzicht van de AME regeling is te vinden in het kader “11” van Jusot en co-auteurs, dat hier volledig geciteerd wordt, met een toevoeging tussen haken (2019:2):

”State Medical Aid (AME) is a premium free public insurance scheme for undocumented immigrants who have been living in France continuously for more than three months. It is a means-tested benefit which financial eligibility criteria are identical to the Public means tested Complementary Universal Health Insurance (CMU-C). [“To be granted with [AME] coverage, applicants must demonstrate that they have low financial resources (e.g. earning less than 756 euros per month for a single person) and that they have continuously resided in France for at least 3 months” (Marsaudon e.a. 2024:1157).] Applications to AME are examined by the Health Insurance Local branches (Caisses Primaires d’Assurance Maladie, CPAM), which are responsible for assessing applications. Once acquired, State Medical Aid (AME) entitles the claimant, for one year, to a ‘range of healthcare’ treatments, which is slightly more restricted than the healthcare basket provided by the French public health insurance, but without the financial contributions and cost sharing. Persons covered by AME can access certain types of health-care free of charge: the treatment of illnesses and maternity care, as well as hospital stays are fully covered. Unfertility treatment, thermal treatment, and drugs with a low therapeutic value, which are reimbursed at the rate of 15% for other insured persons, are excluded from State Medical Aid coverage. The State reimburses the costs paid by the National Health Insurance Fund (Caisse Nationale de l’Assurance Maladie, CNAM). State Medical Aid is therefore funded by the State budget and not the Public Health Insurance budget. There are currently 311,000 persons covered by State Medical Aid (AME), at an estimated cost of around 900 million euros for 2019, that is to say 0.5% of total public healthcare expenditure (Dourgnon e.a. 2019).⁶⁵ This is complemented by €40million allocated for the emergency and vital treatment of undocumented patients who are not eligible for statutory State Medical Aid, because they have been living in France for less than three months, and 1.5 million euros for hospital care in France for French patients who do not habitually reside in France, at the discretion of the Health Minister.”

Een survey onder irreguliere migranten in Parijs en de regio Bordeaux die voldeden aan de voorwaarden voor AME geeft inzicht in het daadwerkelijke gebruik ervan en de toegang tot zorg (Dourgnon e.a. 2019; Jusot e.a. 2019). 51 % van de deelnemers die tenminste 3 maanden in Frankrijk verbleef had toegang tot AME. Dit percentage was hoger naarmate ongedocumenteerde vreemdelingen langer in Frankrijk verbleven en ook hadden degenen een slechte of erg slechte beheersing van de Franse taal veel minder vaak toegang dan gemiddeld, slechts 17 %. (Jusot e.a. 2019) verklaren het gebrek aan het gebruik maken van de AME vanuit een gebrek aan informatie over de regeling. Verder stellen zij ook dat de complexiteit van de procedure en de moeilijkheid om de vereiste documentatie t.a.v. duur van het verblijf en hoogte van het inkomen een rol spelen. Tenslotte is het wel of niet hebben van AME ook van invloed op welk type zorgverleners ongedocumenteerde vreemdelingen als eerste naar toegaan (Marsaudon e.a. 2024). Degenen met AME rapporteren vaker dat dit de eerstelijnszorg is en niet de spoedeisende hulp.

In Frankrijk is er politiek debat over het beperken van de toegang tot AME, wat tot breed levende zorgen in de medische beroepsgroep leidt t.a.v. de toegankelijkheid tot eerstelijnszorg (Féral Pierssens e.a. 2024). Zij benadrukken dat dit zou leiden tot een nog grotere druk op de spoedeisende hulp. Een zeer recente studie laat zien dat ongedocumenteerde migranten zonder AME hogere ziekenhuiskosten maken, daar langer verblijven en vaker op de intensive care opgenomen worden

⁶⁵ “In 2022, it has allowed coverage for 415 000 beneficiaries and cost an estimated €1 billion – i.e., less than 0.5 % of total French healthcare expenditure”(Féral Pierssens e.a. 2024).

dan degenen met AME. Hierbij is de oorzakelijkheid echter niet vastgesteld (Zarca e.a. 2025). Ook is er het probleem van het ontslag naar vervolgzorg als ongedocumenteerde vreemdelingen daar geen medische dekking voor hebben. Men stelt tenslotte ook onder verwijzing naar de literatuur dat er geen bewijs is van een aanzuigende werking van de AME op irreguliere migratie (Jusot e.a. 2019).

5.4.2 Wat kan Nederland van Frankrijk leren?

De Franse AME is om een aantal redenen een informatieve regeling om te vergelijken met de Nederlandse situatie. Ten eerste geldt net als in België bij dringende medische hulp dat het onderzoek of de aanvrager van AME inderdaad onvoldoende inkomsten heeft een drempel is tegen misbruik en oneigenlijk gebruik. Tegelijk maakt dat de AME ook complex. De formele drempel van het moeten bewijzen van inkomsten en duur van het verblijf interacteert onvermijdelijk met diverse informele drempels, zoals het niet goed beheersen van de Franse taal. Ten tweede, wanneer men eenmaal AME heeft dan kan de betreffende patiënt zich op de gebruikelijke wijze melden bij de gezondheidszorg en zouden er minder drempels ervaren moeten worden. Dit zou kunnen leiden tot minder zorgweigering en discriminatie (Marsaudon e.a. 2024:1160). In Nederland kan de patiënt direct naar de zorgverlener, maar moet daar wel eerst de zorgverlener bereid vinden om een beroep te doen op de OVV. Ten derde is het interessant om het aandeel van de budgetimpact van de AME op het totale gezondheidszorgbudget te vergelijken. Bij de AME bleek dit 'minder dan een half procent'. In Nederland is dat voor de OVV ongeveer 0,05 %.⁶⁶ Daarbij zouden natuurlijk ook de aantallen ongedocumenteerde vreemdelingen met elkaar vergeleken dienen te worden, wat lastig is omdat daar geen betrouwbare gegevens over zijn.

5.5 Discussie & conclusie landenvergelijking

Een aantal zaken valt op wanneer de landen met elkaar vergeleken worden. Ten eerste is er een duidelijk verschil tussen de dekking van zorg. In Frankrijk is deze het meest ruim en vrijwel vergelijkbaar met die van een normale zorgverzekering. In België hangt de dekking het sterkst af van de interpretatie van medisch noodzakelijke zorg door de arts en kan in principe net zo ruim uitvallen als in Frankrijk en Nederland. Duitsland heeft duidelijk de minst uitgebreide dekking, waardoor maatschappelijke organisaties zich genoodzaakt zien een uitgebreid parallel zorgsysteem te organiseren, dat echter niet dezelfde kwaliteit biedt als reguliere zorg.

Ten tweede, een overeenkomst tussen Duitsland, Frankrijk en België is de nauwe betrokkenheid van sociale diensten bij de uitvoering van de financiering van medische zorg aan onverzekerden. Door het onderzoek of iemand inderdaad niet zelf kan betalen komen betreffende onverzekerden goed in beeld en zou er gepoogd dienen te worden hen weer naar een zorgverzekering te leiden. Het werd echter niet heel duidelijk in hoeverre betreffende landen daar ook daadwerkelijk in slagen.

Ten derde blijkt dat net als in Nederland ook in de vier onderzochte landen belangrijke informele drempels te bestaan tot daadwerkelijke toegang tot zorg. Ook daar bleken maatschappelijke steunorganisaties actief om die te helpen slechten.

Een beperking van de landenvergelijking is dat deze grotendeels gebaseerd op de beperkte voldoende recente Engelstalige wetenschappelijke literatuur die er is over de financiering en

⁶⁶ Uitgaande van de internationale definitie: 61 miljoen uitgaven aan de OVV op in totaal 113,5 miljard euro is iets meer dan een half procent. Zie <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2025/41/spending-on-health-and-social-care-up-by-8-9-percent-in-2024?utm>

organisatie van medische zorg aan onverzekerden in betreffende landen, met name voor Duitsland en Frankrijk. Onderzoek naar de relevante regelingen en hun precieze actuele invulling door raadpleging van primaire bronnen uit deze landen was in het kader van dit onderzoek slechts beperkt mogelijk. Het is aan te bevelen om waar nodig lokale experts te raadplegen wanneer op deelaspecten een aanvullend beeld gewenst wordt.

6. Naar een doelmatige wettelijke regeling voor de financiering van de zorg aan onverzekerden.

Deelvraag: 3. Hoe kan volgens deskundigen de doelmatigheid van de SOV en OVV worden verbeterd? Aan welke eisen zou 1 nieuwe gecombineerde regeling voor de huidige doelgroepen van SOV en OVV moeten voldoen? Wat is de meest eenvoudige route voor zowel onverzekerden, professionals en zorgverzekeraars om mensen snel en makkelijk in verzekering te krijgen?

6.1 Waarborgen bekendheid van en met de (nieuwe) regeling(en)

6.1.1 *Bevindingen vanuit de literatuur*

In de literatuur zijn naast regelmatige algemene oproepen tot meer en betere voorlichting ook diverse specifieke oplossingen aangedragen voor het probleem van onbekendheid met de OVV en de SOV. Deze worden veelal ondersteund door meerdere partijen:

- De beroepsgroepen kunnen via hun brancheverenigingen of koepelorganisaties bijdragen aan de voorlichting over de financiële regelingen naar medische zorgverleners en maatschappelijke ondersteuners (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015:2; Berenschot 2011:32)
- Een centraal informatiepunt voor medische en maatschappelijke zorgverleners en eventueel ook zorgvragers. Dit zou met name voor kleine zorgorganisaties zinvol zijn (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015:2; Van Dongen e.a. 2023:76)
- Zet in op integratie van kennis over zorg aan onverzekerden en de SOV en de OVV in opleidingen, zoals huisartsopleidingen, en bij- en nascholingen (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015:2; van Hal en Stoutjesdijk, 2018:3).
- Het meegeven van informatiebrieven aan onverzekerden, waarmee zij zorgverleners kunnen informeren over de SOV en de OVV. Vergelijkbaar zijn meer persoonlijke documenten zoals het in 4.1 ook genoemde Erasmus paspoortje van het Rotterdams Steunpunt Ongedocumenteerden, hoewel sommige ongedocumenteerde vreemdelingen huiverig zijn voor dat soort documenten met persoonlijke informatie. In dezelfde lijn ligt het voorstel tot een informatiefolder voor onverzekerden, uitgegeven door de Rijksoverheid (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken e.a. 2015:1-2; van Hal en Stoutjesdijk, 2018:4).

6.1.2 *Bevindingen vanuit de Delphi studie*

In de eerste ronde van de Delphi studie is aan de respondenten ook gevraagd naar mogelijke oplossingen voor het door hen benoemde grootste knelpunt. De oplossingen t.a.v. onbekendheid met de OVV en de SOV liggen in lijn met bovengenoemde uit de literatuur. Het vaakst genoemd werden het geven van betere algemene voorlichting, ook om de bekendheid te vergroten, beter toegankelijke informatie en voorlichting specifiek aan de zorgverleners.

Quote R64: “betere en simpeler voorlichting / communicatie in de vorm van een factsheet / flowchart die je op de werkvloer kunt gebruiken”.

Concluderend, toegespitst op een mogelijke nieuwe gecombineerde wettelijke regeling lijken al deze aanbevelingen relevant te blijven. Sterker nog, gezien het feit dat ondanks jarenlange inspanningen van alle betrokken partijen de bekendheid met de OVV en de SOV nog steeds te wensen over laat, zal er bij een eventuele nieuwe regeling een flinke extra voorlichtingsinspanning nodig zijn. Daarbij is het hopelijk wel zo dat een gecombineerde regeling gemakkelijker gecommuniceerd kan worden naar zorgverleners. In elk geval zullen bestaande informatie-instrumenten als de eerdergenoemde E-learning van de Landelijke Huisartsenvereniging en de ‘Wegwijzer zorg voor onverzekerden’ tijdig geactualiseerd dienen te worden. Tenslotte blijft het bereiken en informeren van de doelgroep van onverzekerden belangrijk maar moeilijk. Op dit moment worden zij het best bereikt via steunorganisaties uit het maatschappelijk middenveld en via sociale zorgverlening vanuit lokale overheden en dat zal naar alle waarschijnlijkheid zo blijven.

6.2 Beperken van administratieve lasten

6.2.1 *Bevindingen vanuit de literatuur*

De suggesties in de literatuur voor het verminderen van de administratieve last van de SOV sluiten aan bij de in 4.4 genoemde knelpunten. De evaluatie van de SOV door VWS doet de aanbeveling: “Creëer bij het CAK een laagdrempelige digitale vorm van communicatie voor declaraties” (Ministerie van Volksgezondheid 2021:32). De evaluatie van het functioneren van de SOV in de Regio Rijnmond van Van Dongen et al. doet een soortgelijke aanbeveling om het declaratieproces voor de SOV te standaardiseren, digitaliseren en automatiseren. Hun respondenten wensten bijvoorbeeld een portaal waarin de declaratie en alle communicatie daarover met het CAK gedaan kan worden” (Van Dongen e.a. 2023:73).

6.2.2 *Bevindingen vanuit de Delphi-studie*

In het Delphi onderzoek zijn verschillende oplossingen aangedragen voor ervaren knelpunten rond de administratieve last en specifiek voor het inrichten van het digitale declaratieproces. De meest genoemde wens is een proces van declareren dat zoveel mogelijk lijkt op declaratie bij een zorgverzekeraar. Men wil geen losse facturen meer op hoeven maken, maar vanuit het elektronisch patiëntendossier rechtstreeks bij het CAK kunnen declareren. Vaak werd bijvoorbeeld integratie met het huisartsen informatiesysteem (HIS) genoemd. Belangrijk is dat deze wens verder gaat dan het ook vaak genoemde ‘digitaal declareren via VECOZO’, wat nu immers nog steeds met losse facturen gaat.

Thema’s die naar voren kwamen uit de data, maar in mindere mate werden genoemd waren onder anderen dat er nu moeilijkheden rondom persoonsgegevens worden ervaren. Men vindt het lastig om de nationaliteit in te moeten vullen, omdat deze niet altijd bekend is en loopt er tegenaan dat het nu een vereiste is voor de declaratie om de registratievolledig te krijgen wat ingewikkeld is. Enkelen suggereren dat het aantal aan te leveren gegevens minimaal zou moeten zijn. Daarnaast werd genoemd dat het declaratieproces omslachtig wordt wanneer een patiënt een deel van de factuur betaalt. Het is dus wenselijk dat het digitale declaratieproces van een nieuwe regeling ook die gevallen goed kan hanteren.

Een aantal suggesties om de administratieve last van het digitaal declareren bij het CAK te verlagen gingen over het afwijzen van declaraties door het CAK, bijvoorbeeld dat wanneer een element

verkeerd is ingevuld niet direct de hele aanvraag afgewezen zou moeten worden. Ook wordt genoemd dat het makkelijker moet worden om bezwaar te maken (nu moet dit schriftelijk). Verder wil men aandacht voor problemen die voortkomen uit het feit dat CAK in een ander systeem kijkt of iemand verzekerd is: "bijvoorbeeld in het geval van detentie. De zorgverlener ziet geen verzekering. Het CAK ziet wel een verzekering. Terwijl de verzekering zelf is opgeschort i.v.m. detentie". Een andere respondent zegt: "Het CAK zou niet meer moeten afwijzen op: "Uit controle is gebleken dat de behandelde persoon ten tijde van de zorgdatum verzekerd was op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit wordt met een ingediend bezwaar altijd alsnog nabetaald en zorgt alleen maar voor onnodige administratie aan 2 kanten."

Kernpunten bevindingen Delphi-studie

- De meest genoemde wens om de administratieve last te verminderen is een proces van declareren dat zoveel mogelijk lijkt op de declaratie bij een zorgverzekeraar. Integratie met het elektronisch patiëntendossier is wenselijk.
- Een aantal respondenten geeft aan dat het lastig alle benodigde persoonsgegevens te verkrijgen en dat de aan te leveren gegevens beperkt dienen te zijn.
- Een aantal respondenten suggereerden verbeteringen waardoor het CAK een declaratie minder snel afwijst, of waardoor er gemakkelijker contact kan zijn in geval van een afwijzing

Concluderend kunnen de suggesties en aanbevelingen vanuit de Delphi studie gezien worden als een concrete uitwerking van de aanbevelingen uit de literatuur. Net zoals hierboven in 4.4 opgemerkt is het echter zo dat ook zeer goed gestroomlijnde digitale processen niet alles op kunnen lossen. De administratieve vereisten die een mogelijke nieuwe regeling zal stellen, in combinatie met de complexiteit van de doelgroep, zal waarschijnlijk alsnog tot een extra inspanning leiden vergeleken met verzekerde patiënten.

6.3 Vormgeven aan de inspanningsverplichting

6.3.1. Bevindingen vanuit de literatuur

In de literatuur lijken weinig aanbevelingen gedaan voor de vormgeving aan de inspanningsverplichting om na te gaan of onverzekerde patiënten (deels) zelf kunnen betalen. Enkele respondenten uit (Van Dongen e.a. 2023:74) stellen voor om de inspanningsverplichting te laten vervallen. Op die manier wordt de willekeur vermeden die er nu volgens hen is en hoeven zorgverleners patiënten die niet kunnen betalen niet meer eerst schrik aan te jagen met rekeningen van soms tienduizenden euro's. Minder vergaand is de aanbeveling: "Stuur geen rekeningen naar onverzekerde patiënten of hun familieleden als duidelijk is dat zij deze niet kunnen betalen" (Van Dongen en Van Beeck 2025:64).

6.3.2 Bevindingen vanuit de Delphi-studie

In de tweede ronde van het Delphi onderzoek is gevraagd: "Wat vindt u belangrijk m.b.t. de vormgeving van een eventuele inspanningsverplichting in de mogelijke gecombineerde nieuwe regeling en waarom?"

Het thema dat het meest werd genoemd is dat de inspanningsverplichting de toegankelijkheid van zorg niet mag schaden. Men wil de toegankelijkheid van de zorg behouden zoals die nu is of verbeteren. Respondenten denken dat de huidige inspanningsverplichting het leveren van zorg in de wegstaat en daarmee de toegankelijkheid van de zorg belemmert.

Een respondent pleit ervoor dat het laagdrempelig moet worden gemaakt om toe te geven niet te kunnen betalen en dat voor die doelgroep duidelijk moet worden gemaakt dat er ook een potje uit de overheid is, zodat ze niet uit angst voor kosten worden afgeschrikt en zorg gaan mijden. Ze moeten weten dat ze altijd recht hebben op zorg, ook zonder geld.

Een van de respondenten zegt: "Maak een uitzondering voor mensen die zich niet kunnen verzekeren vanwege hun status. Voor een deel van hen is het betalen van (een deel van) de kosten afschrikwekkend." Een ander beschrijft te hebben meegemaakt dat het dwingend vragen van een voorschot op zorgkosten ertoe leidde dat: "mensen met een spoedeisend probleem niet geholpen werden en zelf weggelopen zijn van de SEH omdat ze eerst moesten betalen."

Ook geeft een deel van de respondenten aan dat duidelijkheid belangrijk is t.a.v. de interpretatie van de inspanningsverplichting: "Dat helder is wat voldoende is. Nu en zien we grote verschillen van interpretatie" Een deel van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan een eenvoudige regeling en concrete tools, regels en kaders om de inspanningsverplichting toe te passen.

Een deel van de respondenten geeft aan het belangrijk te vinden dat met de inspanningsverplichting mensen die het kunnen ook daadwerkelijk hun eigen zorg betalen. Zo stelt een respondent: "Het is belangrijk dat mensen die het kunnen betalen, dat ook doen. Het systeem moet er rekening mee houden dat er ook mensen zijn die al dan niet zwart werken en geld verdienen, maar geen belasting en/of zorgpremies betalen. Die groep kan meestal zelf wel de eerste kosten betalen van eerstelijnszorg. Ik vind niet dat de belastingbetaler dat voor ze hoeft te doen." Ook wordt door een respondent de koppeling gemaakt met mensen met een zorgverzekering die ook moeite kunnen hebben met de kosten: "Er mag een prikkel zijn om mee te betalen aan kosten. Er zijn ook vele verzekerden die moeilijk hun verzekering kunnen betalen."

Verder geeft men aan dat bij de inspanningsverplichting wel gezorgd moet worden dat de administratieve last niet te hoog wordt. Een respondent geeft het volgende aan: "voorheen was dit een administratieve maatregel die veel tijd en moeite kost, zeker omdat je weet dat veel mensen geen inkomen hebben en er weinig te halen valt. Als je dat weet dan wordt het nog ridiculer om hier sterk op in te zetten." In het verlengde van deze quote zijn er ook respondenten die ervoor pleiten om de inspanningsverplichting afhankelijk te maken van de doelgroep: "Inspanningsverplichting zou m.i. in verhouding moeten staan tot kans van slagen dat iemand echt van plan is te betalen of op voorhand al iets betaalt". Een andere respondent maakt de volgende afweging: "illegalen kunnen zich niet verzekeren dus die hebben geen keus - in tegenstelling tot een toerist/arbeider. De inspanningsplicht (aanmaningen/deurwaarder/enz) moet bij illegalen dus ook lager zijn." Verder wordt genoemd dat het niet aan de zorgverlener is om na te gaan of iemand wel of niet kan betalen en dit ook lastig te beoordelen en/of te bewijzen is.

Kernpunten bevindingen Delphi-studie

- Respondenten vinden het belangrijk dat een inspanningsverplichting om na te gaan of onverzekerden zelf (een deel) van de rekening kunnen betalen de toegankelijkheid van de zorg voor onverzekerden niet zal schaden

- Een deel van de respondenten geeft aan dat maatwerk mogelijk moet zijn, op basis van verschil in doelgroep en draagkracht
- Een inspanningsverplichting mag geen hoge administratieve last met zich mee brengen

Concluderend, er is een vrij algemene wens om duidelijkheid over hoe de inspanningsverplichting vormgegeven dient te worden. Praktijkvariatie wordt door velen als onwenselijk gezien. Tegelijkertijd zien we dat dat zorgverleners de invulling regelmatig afstemmen op de doelgroep en een deel van hen pleit voor behoud van de mogelijkheid van dat maatwerk. Zoals eerder aangegeven kan voor de SOV aan de inspanningsverplichting voldaan worden door aan de onverzekerde patiënt te vragen of die zelf kan betalen of kan bijdragen en het CAK doet hier verder geen toets op. Voor de OVV is er daarentegen wel een wettelijke plicht een rekening te sturen. Er dient bij een nieuwe regeling dus harmonisatie tot stand te komen. Gezien de wijze waarop professionals nu in de praktijk omgaan met verschillen tussen de typen hulpvragers en daarbij vaak maatwerk leveren, verdient het overweging in de nieuwe regeling ruimte te laten voor dit maatwerk. Een handreiking voor de zorgverlener of administratief personeel kan daarbij helpend zijn.

6.4 Vormgeven aan het criterium ‘tijdelijk verblijf’

6.4.1 Bevindingen vanuit de literatuur

Zoals in 2.2 besproken kan volgens de commissie Klazinga een verwachte tijdelijke verblijfsduur reden zijn om niet of minder te behandelen, mits adequate medische zorg niet in gevaar komt. Bij onduidelijkheid over de duur van iemands verblijf dient er volgens de commissie eerder gekozen te worden voor wel behandelen (Commissie Klazinga 2007:43).

6.4.2 Bevindingen vanuit de Delphi-studie

In de tweede ronde kregen respondenten de volgende vraag: Stel dat zorgverleners bij het declareren van zorg voor onverzekerden altijd aannemelijk zouden moeten maken dat *of* het verlenen van deze zorg niet kon wachten op de binnenkort verwachte terugkeer van de patiënt naar het thuisland *of* dat tijdige terugkeer redelijkerwijs niet te verwachten was. Wat zouden dan volgens u mogelijke positieve en/of negatieve gevolgen zijn?

QR90 “Wij declareren per jaar duizenden patiënten bij het CAK, het is onmogelijk voor onze zorgverleners om per patiënt dit aannemelijk te maken. Als declaraties daarom dan afgewezen zouden worden lijkt het mij dat het negatieve gevolg is dat wij de patiënten niet meer gaan zien”.

Het meest gegeven antwoord was dat dit lastig in te schatten is en/of niet haalbaar. Een concrete reden die hiervoor wordt genoemd is omdat patiënten zouden kunnen liegen over hun terugkeer naar het thuisland. Zorgverleners kunnen dit soort zaken namelijk niet controleren. Ook was er veel vrees dat als de zorgverlener telkens moet aantonen dat de geleverde zorg niet kon wachten tot de terugkeer naar het thuisland, de administratieve last voor de zorgverlener hierdoor zal toenemen.

Een onderwerp dat ook veel terugkwam is dat men het aannemelijk maken van de verblijfsduur niet ziet als de taal van de arts/zorgverlener. Wat hierbij specifiek door een aantal deelnemers werd aangehaald was de vergelijking met geen medische verklaring geven aan je eigen patiënt: “oneigenlijk verzoek aan medici, niet hun taak, niet passend in behandelrelatie die laagdrempelig moet zijn. In Nederland hebben we niet voor niks een eind gemaakt aan praktijken, zoals de huisarts die een briefje moet schrijven dat iemand ziek is. Dit zou iets vergelijkbaars zijn.” Een aantal respondenten

benoemde ook dat dit de vertrouwens- en behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt zou schaden. Ook zag een aantal dit als in strijd met de beroepsethiek van artsen en het internationale recht op gezondheid.

Ook denkt een aantal respondenten dat als een zorgverlener aannemelijk moet maken dat zorg niet kan wachten tot terugkeer dat dit zal leiden tot een hogere drempel tot zorg. Allereerst vanwege de hogere (administratieve) last die dit met zich mee zou brengen. Ten tweede is er de angst dat de zorg niet vergoed zal worden, omdat het moeilijk is om een juiste inschatting te maken, de benodigde informatie van artsen vaak uitblijft, en het onmogelijk wordt genoemd om dit voor elke patiënt aannemelijk te moeten maken. Vanuit de zorgvrager bezien wordt de drempel hoger door de negatieve invloed op de relatie met de arts wanneer deze zich moet bezighouden met de terugkeer van de patiënt. Daarnaast speelt de angst die dit bij patiënten oproept een rol, evenals de wens om 'onder de radar' te blijven, waardoor zij dergelijke vragen niet willen beantwoorden. Dit alles leidt tot uitgestelde zorg, met onnodig lijden en potentiële gezondheidsschade.

Samenvattend waren de respondenten dus eensluidend en uitgesproken over de onhaalbaarheid en onwenselijkheid van een mogelijke administratieve verplichting om de verwachte verblijfsduur van een behandelde onverzekerde patiënt aannemelijk te maken.

Een andere vraag had betrekking op de optie om in een mogelijke nieuwe regeling meer ondersteuning te bieden bij terugkeer van patiënten naar hun land van herkomst:

“In de mogelijke nieuwe regeling zou het een optie kunnen zijn om, indien naar het oordeel van zorgverleners passend en zinvol, de repatriëring van de migrant naar het land van herkomst te vergoeden. Hoe vaak zou het volgens u voorkomen dat een migrant terug zou keren naar het land van herkomst als zorgrepatriëring wordt vergoed?”

Het mediane antwoord was 'bijna nooit' (N= 31; IQR= 1; Heb ik geen zicht op = 18). Het was in het kader van dit onderzoek niet mogelijk om de respondenten om toelichting te vragen.

Kernpunten bevindingen Delphi-studie

- Medisch zorgverleners achten het niet haalbaar en niet wenselijk om “bij het declareren van zorg voor onverzekerden altijd aannemelijk zouden moeten maken dat *of* het verlenen van deze zorg niet kon wachten op de binnenkort verwachte terugkeer van de patiënt naar het thuisland *of* dat tijdige terugkeer redelijkerwijs niet te verwachten was”. Dit omdat dit niet of lastig in te schatten is omdat wat patiënten vertellen niet te controleren is en het een te grote administratieve last zou opleveren. Ook ziet men dit niet als taak van zorgverleners en wordt gevreesd dat de drempel tot zorg hoger wordt.
- Respondenten denken niet dat een migrant terug zal keren naar het land van herkomst als zorgrepatriëring vergoed wordt.

Concluderend, uit de literatuur bleek dat meewegen van de verwachte verblijfsduur enerzijds een integraal element is van de OVV en ook van goede zorg. Immers, een behandeling beginnen waarvan al duidelijk is dat deze niet afgemaakt kan worden vanwege aanstaand vertrek van de patiënt is niet zinvol en kan zelfs schadelijk zijn. Anderzijds blijken er substantiële praktische en meer principiële bezwaren te kleven aan de potentiële invoering van een verantwoordingsplicht voor zorgverleners t.a.v. de verwachte verblijfsduur.

6.5 Medisch noodzakelijke zorg, breedte van de dekking en hoogte van de vergoeding

Vanwege hun onderlinge samenhang zullen hier de thema's 'medisch noodzakelijke zorg', 'breedte van de dekking' en 'hoogte van de vergoeding' gezamenlijk besproken worden.

6.5.1 *Bevindingen uit de literatuur*

Een aantal van de in 4.7 genoemde auteurs die opmerken dat niet alle medisch noodzakelijke zorg in het basispakket zit doen ook de aanbeveling om voor de OVV met een aangepast pakket te komen. Dat doet namelijk "het meeste recht aan de gezondheidsbelangen en -behoeften van deze groep" (Derckx 2021:178). Daarbij wordt de vergelijking gemaakt met de Regeling Medische zorg Asielzoekers (RMA), waar ook een op de doelgroep afgestemd pakket is vastgesteld (Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken et al. 2015:4–5).

Er zijn geen publicaties gevonden waarin gepleit wordt voor een soberder pakket, waarin niet alle medisch noodzakelijke zorg vergoed wordt. Wel leidde het toenmalige voornemen van de minister van VWS in 2024 om voor onverzekerde arbeidsmigranten de vergoeding te beperken tot acute zorg tot verontruste reacties van straatartsen.⁶⁷

Over de wenselijke hoogte van de OVV, de SOV, of een mogelijke andere regeling is in de literatuur weinig te vinden. De evaluatie van VWS uit 2021 noemt als een mogelijkheid om de budgetimpact van de SOV te beheersen het verlagen van het vergoedingspercentage, dat nu 100 % is. Dit zou bovendien een gewenste prikkel zijn om zorgverleners de kosten te laten verhalen op onverzekerde patiënten. Wel zou dit het risico met zich meebrengen dat het beleidsdoel van de regeling, "het verstrekken van een financiële vergoeding voor verleende zorg aan onverzekerde personen zodat wordt voorkomen dat medisch noodzakelijke zorg aan een onverzekerde wordt onthouden, wordt aangetast" (Ministerie van Volksgezondheid 2021:33).

6.5.2 *Bevindingen vanuit de Delphi-studie*

Over onderhavige thema's zijn relatief veel vragen gesteld. Achtereenvolgens zullen besproken worden: vragen over de inhoud van het vergoede pakket aan medisch noodzakelijke zorg (wat zou eruit kunnen, wat erbij), vragen of de Wlz, vragen over de hoogte van het vergoedingspercentage en tenslotte een vraag naar de samenhang tussen de gewenste breedte van de dekking en hoogte van de vergoeding.

Vragen over de inhoud van het pakket

In de 1^e ronde van de Delphi studie werd respondenten gevraagd: Zijn er wat u betreft vormen van zorg die in het basispakket zitten, maar waarvoor goede redenen zijn om die juist niet te vergoeden voor specifieke groepen onverzekerden (zoals daklozen, werkloze EU-migranten en ongedocumenteerden)? Zoja, welke en waarom?

De meeste respondenten zagen geen vormen van zorg die in het basispakket zitten waarvoor goede redenen zijn om die juist niet te vergoeden voor specifieke groepen onverzekerden. Respondenten

⁶⁷ <https://www.nrc.nl/nieuws/2024/11/25/onverzekerden-moet-je-niet-uitsluiten-van-zorg-maar-juist-verzekeren-a4874370>

die wel vormen van zorg zagen waarvoor goede redenen zijn om deze niet te vergoeden voor specifieke groepen onverzekerden noemden, fertiliteit zorg (specifiek genoemd IVF en sterilisatie), niet acute/niet medisch noodzakelijke zorg, zorg die kan wachten tot terugkeer, genderzorg, cosmetische zorg en gecombineerde leefstijl interventie.

Respondenten die vinden dat zorg niet vergoed moet worden als deze niet medisch noodzakelijk of acuut is geven daarbij, naast de al genoemde gecombineerde leefstijlinterventie en fertiliteitszorg), ook andere voorbeelden genoemd van zorg die men als niet medisch noodzakelijk of acuut beschouwt en waarvan volgens de respondenten de vergoeding niet gerechtvaardigd is. Dit omvat onder andere kaakchirurgie, niet-noodzakelijke kosten, niet-acute zorg, verwijzingen naar het ziekenhuis voor de zekerheid, het verwijderen van een naevus (moedervlek) wanneer er geen sprake is van een tumor, bariatrische chirurgie, genetische tests voor dragerschap, sportgeneeskunde, en zorg die wordt geclassificeerd als 'nice to have'.

In de 1^e ronde van de Delphi werd ook de vraag gesteld: Zijn er wat u betreft vormen van zorg die extra zijn ten opzichte van het basispakket waarvoor goede redenen zijn om die te vergoeden voor specifieke groepen onverzekerden (zoals daklozen, werkloze EU-migranten en ongedocumenteerden)- Zo ja, welke en waarom?

De meerderheid van de respondenten dat er vormen van zorg zijn die hiervoor in aanmerking komen. Hier volgen in volgorde vanaf het meest genoemde de gegroepeerde respondent antwoorden:

(Selectie van) Tandzorg, Nee, Fysiotherapie, Anticonceptie, Abortus, Preventieve zorg, Revalidatie, Pedicure en podotherapie, behandeling bij pijn, Sommige medische hulpmiddelen zoals een bril, Psychische zorg

Ter toelichting bij preventieve zorg werden SOA en HIV-testen genoemd om te vergoeden i.v.m. sociale en economische factoren en Prep pillen voor hoge risicogroepen. Een respondent noemt ook de preventieve zorg in zijn algemeenheid om ernstigere aandoeningen te voorkomen. Een andere respondenten noemt: " Vanuit het perspectief dat ongedocumenteerde asielzoekers en andere vreemdelingen besmettelijke ziekten onze samenleving inbrengen, zouden bepaalde (verplichte) vaccinaties hiervoor wellicht in aanmerking komen."

Vragen over de Wlz

In de huidige OVV wordt de Wlz wel vergoed, maar in de SOV niet. In de 1^e ronde van de Delphi werd respondenten gevraagd te reageren op de volgende stelling respectievelijk vraag:

De nieuwe regeling dient Wlz zorg te vergoeden, net als nu de OVV. Het mediane antwoord was 'eens' (N= 75; IQR = 2).

Het voor alle doelgroepen van de nieuw te ontwerpen regeling vergoeden van Wlz zorg leidt tot? Het mediane antwoord was 'ongeveer even hoge kosten voor de samenleving' (N= 55; IQR= 2; ik heb geen zicht op dit onderwerp (N)= 20).

In de 2^e ronde van het Delphi onderzoek werd aan respondenten werkzaam in een ziekenhuis de volgende vraag gesteld: Hoe vaak komt het voor dat een onverzekerde patiënt langer dan nodig in uw ziekenhuis opgenomen blijft omdat de langdurige zorg (Wlz) vanuit de SOV niet wordt vergoed? Het mediane antwoord was 'soms' (N= 26; IQR= 1; missing= 32)

De respondenten werd niet gevraagd om hun antwoorden bij deze stelling en vragen toe te lichten.

Vragen over de hoogte van het vergoedingspercentage

In de 1^e ronde van de Delphi studie werd respondenten gevraagd om te reageren op de stelling: Dat het vergoedingspercentage van de OVV 80% is (en geen 100%), draagt bij aan zorgweigering van onverzekerde patiënten. Het mediane antwoord was 'eens' (N= 68; IQR =2; ik heb geen zicht op dit onderwerp (N)= 8).

Ook werd hen gevraagd om hun percentage in te vullen in de stelling: De onzekerheid van zorgverleners t.a.v. de vergoeding van zorg aan onverzekerden wordt voldoende weggenomen als het vergoedingspercentage tenminste ...% is. Het gemiddelde antwoord was 94,7 %, met een standaarddeviatie van 10,7 %. Het mediane antwoord was 100%, de IQR was 10 en de gegeven antwoorden lagen tussen de 50 en 100% (N= 49; niet ingevuld N = 41).

In de 2^e ronde van de Delphi studie werd nog een verwante vraag gesteld in een serie vragen om meer zicht te krijgen op mogelijke factoren die de toegang tot zorg voor onverzekerden beperken:

In welke mate dragen de volgende oorzaken er aan bij dat onverzekerde patiënten medisch noodzakelijke zorg soms niet ontvangen? D. De hoogte van het vergoedingspercentage van zorg verleend aan onverzekerden. Het mediane antwoord was 'In enige mate' (N= 51; IQR =2; heb ik geen zicht op N= 7).

Vraag naar de samenhang tussen de gewenste breedte van de dekking en hoogte van de vergoeding

In de bovenstaande Delphi vragen konden deelnemers antwoorden geven die de volgens hen ideale situatie weerspiegelen. Daarom is in de 2^e ronde van de Delphi studie ook onderstaande vraag gesteld waarbij respondenten moesten prioriteren tussen een volledige dekking en een volledige vergoeding van medische zorg aan onverzekerden.

Stel dat u zou moeten kiezen tussen de volgende twee maatregelen, om de budgetimpact van het vergoeden van onverzekerde zorg beheersbaar te houden, welke kiest u dan? Ervan uitgaande dat beide maatregelen dezelfde budgetimpact hebben, welke zou u kiezen:

- a) Het vergoedingspercentage is 80% voor alle zorg verleend aan onverzekerden, maar net als nu wordt bijna alle zorg die in het basispakket zit gedekt.
- b) Het vergoedingspercentage is 100%, maar er wordt minder zorg uit het basispakket vergoed dan nu.

Gesteld voor deze keuze gaven 35 deelnemers (62,5%) de voorkeur aan een lager vergoedingspercentage maar een compleet gedekt pakket. 21 deelnemers (37,5%) gaven juist de voorkeur aan minder zorg die dan wel voor 100% vergoed wordt.

Respondenten werd ook de mogelijkheid geboden hun keuze toe te lichten, wat door 35 van hen gedaan werd. Toegang tot zorg is een thema dat naar voren kwam uit de toelichting waarom mensen kiezen voor 100% van de kosten vergoed, maar minder zorg uit het basispakket vergoeden. Zo werd genoemd dat dit als een betere optie wordt gezien voor eenduidige toegang en om ervoor te zorgen dat zorg ook daadwerkelijk verleend wordt: " Bij de optie van 80% werk je in de hand dat patiënt die

wel verzekerd "voorrang" gaat krijgen op de patiënt waar je maar voor 80% voor wordt betaald." Ook gaf men aan voor de 100% vergoeding te kiezen om te voorkomen dat kosten ten laste van de zorginstelling/zorgverlener komen.

Net als bij de groep die voor optie (b) had gekozen, heeft ook een deel van de respondenten in deze groep die optie (a) koos hun keuze gemaakt aan de hand van de invloed op toegang tot zorg. De 80% vergoeding, maar wel voor alle zorg uit het basispakket is volgens hen een betere keuze gezien ze onder anderen vinden dat iedereen recht heeft op de zorg uit het basispakket en dit een voordeligere en bredere toegang tot zorg geeft voor de doelgroep. Ook noemt iemand de mogelijkheid dat een wijziging in welke zorg vergoed kan worden tot meer zorgweigeren kan leiden: "Als hier wijzigingen in komen zorgt dat voor onduidelijkheid met het risico, dat zorgverleners zorg weigeren omdat ze bang zijn het niet vergoed te krijgen (veel meer dan nu)".

Ook benoemde een groep respondenten dat ze het duidelijker vinden om alle zorg uit basispakket te vergoeden voor een lager percentage dan om de gedekte zorg te beperken. Een respondent noemde het volgende: "Het kost nu al zoveel moeite om de medische wereld ervan te doordringen dat ze zelf geen oordeel hoeven te vellen over de noodzakelijkheid van zorg ja/nee. Als ze eindelijk gaan snappen dat het basispakket gewoon geldt, wil ik het niet opnieuw ingewikkelder gaan maken door hier een selectie uit te vergoeden.

Ook speelde voor een aantal respondenten mee dat zij niet zouden weten welke zorg uit het basispakket geschrapt zou moeten worden. Het ging hen hierbij in hun toelichting niet zozeer om de hoeveelheid zorg die eventueel kan vervallen, maar om het feit dat volgens hen vrijwel geen enkele vorm van zorg zonder nadelige gevolgen kon worden geschrapt. Zo gaf een respondent aan dat het schrappen van veel zorg zou leiden tot meer gezondheidsproblemen: "Kleinere problemen kunnen dan uit de hand lopen omdat ze in de eerste instantie niet vergoed worden." Een andere respondent verwachtte dat dit uiteindelijk tot hogere maatschappelijke kosten zou leiden.

Ook werden er redenen gerelateerd aan financiële overwegingen genoemd. Zo noemde iemand: "zorg die toch geleverd wordt en dan afgeboekt moet worden dat is denk ik een groter financieel risico". Verder werd genoemd dat men dacht dat deze optie minder administratieve last met zich mee zal brengen.

Uit de antwoorden blijkt dat de meerderheid dan wel de gedwongen keuze maakte tussen beide opties (a) en (b), maar duidelijke nadelen ziet. In beide groepen is er bezorgdheid over een negatief effect op de toegang tot de zorg. Sommige respondenten uit de groep die kiest voor 80% vergoeding redeneert dat dan tenminste het hele basispakket beschikbaar blijft voor onverzekerde patiënten. Respondenten uit de andere groep redeneren juist andersom: beter minder zorg wel helemaal vergoeden, zodat die tenminste wel geleverd wordt. Wat uit de toelichtingen naar voren komt is dat sommige zorgverleners, bijvoorbeeld een huisarts met weinig onverzekerde patiënten, het verschil tussen 100 en 80% veel gemakkelijker kunnen dragen dan instellingen, zoals ziekenhuizen waarvoor dit om grote bedragen gaat. Een aantal respondenten geeft tenslotte ook expliciet aan een vergoeding van 80% onrechtvaardig te vinden t.o.v. de zorgverlener of eigenlijk niet te willen kiezen.

Kernpunten bevindingen Delphi-studie

Over de inhoud van het pakket:

- De meeste respondenten zagen geen vormen van zorg die in het basispakket zitten waarvoor goede redenen zijn om die juist niet te vergoeden voor specifieke groepen onverzekerden

- De meerderheid van de respondenten vinden dat er vormen van zorg zijn die hiervoor in aanmerking komen. Hier volgen in volgorde vanaf het meest genoemde de gegroepeerde respondent antwoorden: (Selectie van) Tandzorg, Nee [dus geen zorg die in aanmerking komt], Fysiotherapie, Anticonceptie, Abortus, Preventieve zorg, Revalidatie, Pedicure en podotherapie, behandeling bij pijn, Sommige medische hulpmiddelen zoals een bril, Psychische zorg

Over de Wlz:

- In antwoord op de vraag of de nieuwe regeling de Wlz zou moeten vergoeden was het mediane antwoord 'eens'
- Het komt 'soms' voor dat een onverzekerde patiënt langer dan nodig in het ziekenhuis van de respondent opgenomen blijft omdat de langdurige zorg (WLZ) vanuit de SOV niet wordt vergoed

Over de hoogte van het vergoedingspercentage:

- Een hoog vergoedingspercentage, gemiddeld 94,7 %, is volgens de respondenten nodig om de onzekerheid van vergoeding van zorg aan onverzekerden voldoende weg te nemen.

Als men moet kiezen tussen een hoog vergoedingspercentage en een brede dekking:

- 62,5 % geeft de voorkeur aan een lager % maar een dekking net zo compleet als het basispakket en 37,5 aan het omgekeerde
- Beide groepen baseerden hun antwoord deels op het belang om de toegang tot zorg voor onverzekerden te behouden.

Concluderend, het pleidooi van sommige auteurs in de literatuur voor een vergoed pakket dat op een aantal punten uitgebreider is dan het basispakket vindt steun onder een meerderheid van Delphi respondenten. De observatie in de evaluatie van VWS dat een lager vergoedingspercentage dan 100% voor de SOV een negatief effect kan hebben op de toegang tot zorg wordt ook breed gesteund door de respondenten. Tenslotte vindt een ruime meerderheid dat de Wlz vergoed dient te worden en men denkt dat dit ongeveer kostenneutraal zou kunnen.

6.6 Voorkomen en verhelpen van onverzekertheid

Zoals in 4.8 besproken, hangt onverzekerd zijn vaak samen met een stapeling van problematiek. En die problematiek hangt weer samen met bredere maatschappelijke problematiek, zoals de wooncrisis en onvoldoende wettelijke bescherming van arbeidsmigranten waardoor misstanden kunnen optreden. Deze systeemproblematiek zal hier niet besproken worden. Wel zij opgemerkt dat er op dit terrein van alles gebeurt aan beleidsvorming en wetgeving. Zo heeft Nederland de 'Housing First' aanpak overgenomen, onder de noemer 'Wonen eerst, in het kader van het Nationaal Actieplan Dakloosheid'.⁶⁸ Ook is er bijvoorbeeld recent de Wet toelating terbeschikkingstelling van arbeidskrachten (Wtta) aangenomen, die strengere regels stelt aan uitzendbureaus, zodat

⁶⁸ <https://www.eersteenthuis.nl/>

arbeidsmigranten beter beschermd worden.⁶⁹ Het verminderen van deze systeemproblematiek zal ongetwijfeld ook het succes vergroten van inspanningen die direct gericht zijn op het voorkomen en verhelpen van onverzekerdeheid.

6.6.1. *Bevindingen vanuit de literatuur*

Als algemene achtergrond bij beleid om onverzekerdeheid te verminderen is een recente studie van belang die laat zien dat er in Nederland een groep inwoners is met onvoldoende vaardigheden en motivatie om een keuze te maken uit de vele verschillende zorgverzekeringen en zorgverzekeraars. De auteurs adviseren om specifiek de groep met te weinig digitale vaardigheden persoonlijke ondersteuning te bieden (Holst e.a. 2024).

In Nederland zijn er twee zorgverzekeraars die zich richten op arbeidsmigranten, HollandZorg en Zorg en Zekerheid en zich inspannen om voor hen de toegang tot zorg te verbeteren (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid 2024:40). Zij geven voorlichting in meerdere talen en stellen die ook ter beschikking aan uitzendbureaus, die deze dan ook aan kunnen bieden. Ook bieden zij nog tot maximaal 40 dagen na het uitschrijven van de zorgverzekering toch dekking van medische zorg.

Verder wordt in de literatuur de beleids optie besproken om de meldplicht weer in te voeren , wanneer de wettelijke grondslag voor de gegevensuitwisseling geregeld is (Van Dongen e.a. 2023:74-75). De respondenten in deze evaluatiestudie verschilden van inzicht over hoe de meldplicht dan vormgegeven zou moeten worden, bijvoorbeeld of alle onverzekerden gemeld zouden moeten worden, of alleen degenen die zich kunnen verzekeren. Een mogelijk zou zijn om te werken met een beslisboom, waarbij alleen die laatste groep gemeld wordt. Verder zouden bij een nieuwe meldplicht de administratieve processen beter moeten worden dan ze bij de voorgaande meldplicht waren. Echter, vanuit de GGD-en in de regio Rotterdam-Rijnmond wordt in het onderzoek van Van Dongen *et al.* duidelijke scepsis verwoord ten aanzien van een herinvoering van de meldplicht. Belangrijkst argument daarvoor is dat de inspanningen nodig om die meldingen op te volgen niet opwegen tegen het aantal mensen dat succesvol (weer) in verzekering gebracht kan worden. (p. 60).

In de evaluatie door VWS werd de mogelijkheid geopperd om “de inspanningsplicht van gemeenten om verzekeringsplichtige personen toe te leiden naar een zorgverzekering omzetten naar een resultaatsverplichting”. De verwachting was dat daarmee het percentage meldingen waarbij de persoon weer verzekerd wordt toe zou nemen, mits daarvoor extra financiële middelen beschikbaar gesteld zouden worden (Ministerie van Volksgezondheid 2021:33). Inmiddels is echter besloten aan gemeenten over te laten of zij van zorgverleners melding willen ontvangen van zorg verleend aan onverzekerde patiënten die wel verzekeringsplichtig zijn. Dit op basis van een vragenlijstsonderzoek door VWS onder GGD-en, waaruit bleek dat gemeenten verschillen in de mate waarin ze behoefte hebben aan de persoonsgegevens nodig om deze onverzekerde patiënten op te volgen en ondersteuning aan te bieden. Inmiddels ligt er een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer voor een wettelijke grondslag waardoor deze gegevensuitwisseling mogelijk wordt zonder dat toestemming van de patiënt nodig is (wat vaak gecompliceerd lag en ook vaak niet gebeurde).⁷⁰

⁶⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/hervormingen-arbeidsmarkt/nieuws/2025/11/11/eerste-kamer-stemt-in-met-strengere-regels-voor-de-uitleenmarkt>

⁷⁰ [Verzamelwet gegevensverwerking VWS II.b | Overheid.nl | Wetgevingskalender](#). Zie p. 12 e.v. van de memorie van toelichting.

6.6.2. *Bevindingen uit de vragenlijst ervaringsdeskundigen*

De vier respondenten die ooit in Nederland een zorgverzekering gehad hebben, hadden ook alle vier in de afgelopen 10 jaar hulp gehad bij (stappen op weg naar) het afsluiten van een zorgverzekering. Dit betrof hulp met registratie in de BRP, aanvragen van een verblijfsvergunning (twee keer) of het verkrijgen van een postadres. Zij hadden deze hulp ontvangen van één van de drie instantie waar de vragenlijst afgenomen werd en de vierde respondent had hulp gehad van een maatschappelijk werker en een medewerker van een zorgverzekering. Deze uitkomst illustreert het belang van hulp bij het (weer) afsluiten van een zorgverzekering voor de kwetsbare groep onder de onverzekerden.

6.6.3. *Bevindingen uit de Delphi studie*

Na de vraag naar de belangrijkste knelpunten t.a.v. het voorkomen en verhelpen van onverzekertheid op lokaal, regionaal, en landelijk niveau werd respondenten ook gevraagd naar “haalbare oplossingen en/of al bestaande *best practices*. De thematische verwerking van hun antwoorden is hieronder weergegeven voor elk van de beleidsniveaus.

Lokaal niveau

Thema 1: Begeleiding

Begeleiding met betrekking tot hulp en informatie voor zowel de doelgroep als de zorgverleners werd genoemd als oplossing/best practices op lokaal. Daarnaast werden oplossingen omtrent hulp bij financiën voor de doelgroep genoemd.

1.1 Informatie/hulp voor de doelgroep: De oplossing die het meest naar voren kwam t.a.v. begeleiding was het leveren van informatie en hulp aan de doelgroep. Voornamelijk werden oplossingen aangedragen rondom het inzetten van maatschappelijk werk en het informeren van de doelgroep over hun mogelijkheden. Een aantal andere concrete oplossingen die zijn genoemd:

"Folders maken in meerdere talen met waar arbeidsmigranten recht op hebben, waar ze naar toe kunnen en als er misstanden zijn"

"Verplicht arbeidsmigranten om zich in gemeente in te schrijven en licht hen voor over het afsluiten zorgverzekering."

"Wij zitten medisch maatschappelijk werk in, om te achterhalen en/of er toch een mogelijkheid is om patiënt verzekerd te krijgen."

"PI mensen actief informeren en bij kwetsbaarheid (warme) overdracht naar MW / huisarts"

1.2 Hulp bij financiën: Als oplossing werd het bieden van financiële hulp aan de doelgroep meerdere malen aangedragen. Concreet werden bewindsvoering, schuldsanering en budgetbeheer genoemd.

1.3 Informatie/hulp voor zorgverleners: De concrete oplossing die werd aangedragen rondom dit onderwerp was: "Ik denk een campagne voor bewustwording onder de verschillende beroepen."

Thema 2: Snellere/makkelijkere procedure

Ook zag men verbeteringsmogelijkheden m.b.t. het voorkomen en verhelpen van onverzekerde door middel van het versnellen en versimpelen van de procedure. Dit had volgens de respondenten met name betrekking op het postadres ook werd inschrijving in het BRP eenmalig genoemd.

Thema 3: Bemoeizorg

Binnen dit thema ging het voornamelijk om oplossingen middels ongevraagde hulpverlening aan de doelgroep. Dit had betrekking tot het in beeld krijgen en houden van de doelgroep door gegevensdeling tussen instanties. Ook werd handhaving van de verzekeringsplicht genoemd en het verplicht maken van een zorgverzekering voor internationale studenten. Een andere concrete oplossing die werd aangedragen: "Inhouden van vaste lasten op de uitkering of inkomen van risicogevoallen. Budgetbeheer. Liefst met instemming (zelfbinding), maar het zou ook breder via regelgeving kunnen."

Overige thema's

Overige oplossingen/best practices die werden aangedragen voor het voorkomen en verhelpen van onverzekerde hadden te maken met betere communicatie en samenwerking tussen instanties, voorkomen dat mensen bij wisselende omstandigheden hun zorgverzekering verliezen (zoals vrijkomen na detentie, arbeidsmigranten die hun baan verliezen en mensen die dakloos raken) en een duidelijke plek waar mensen zonder zorgverzekering of die de zorgverzekering dreigen te verliezen aangemeld kunnen worden.

Regionaal niveau

Thema 1: Begeleiding

Het inzetten op begeleiding was de meest genoemde oplossing, hierbij gaat het om begeleiding van de doelgroep door bijvoorbeeld maatschappelijk werk rondom wonen, werk en iemand verzekerd krijgen.

Thema 2: Samenwerking verbeteren

Het verbeteren van de samenwerking tussen verschillende organisaties en instanties is een genoemde oplossing voor het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op regionaal niveau. Specifieke samenwerkingen die werd genoemd:

"Ketensamenwerking tussen straatzorgverleners en zorgaanbieders",

"samenwerkingsverbanden tussen gemeentes & justitiële partners"

"Iets opzetten vergelijkbaar met centrumgemeenten voor bepaalde zorgvoorzieningen voor deze groep."

Andere elementen die naar voren kwamen waren de behoefte aan betere communicatie en regionale overlegvormen om te leren van regio's waar het goed loopt.

Thema 3: Informatievoorziening

Als oplossing wordt aangedragen om beter te voorzien in informatie voor zowel zorgverleners als de doelgroep. Voor zorgverleners gaat het om informatie over de regeling en het informeren van zorgverleners die niet veel te maken met onverzekerde om hen bewust te maken van het bestaan hiervan. Wat betreft de doelgroep gaat het over informatie, zodat ze weten dat zorg voor hen vergoed kan worden. Voor arbeidsmigranten werd concreet het volgende genoemd: "Folders maken in meerdere talen met waar arbeidsmigranten recht op hebben, waar ze naar toe kunnen en als er misstanden zijn".

Overige thema's

Andere oplossingen die werden genoemd, zijn het versnellen en versimpelen van gemeentelijke procedures en het beschikbaar maken van informatie voor de doelgroep in hun eigen taal of m.b.v. een tolk.

Landelijk

Thema 1: Minder snel zorgverzekering verliezen bij veranderen situatie

De oplossingen die hierbij werden aangedragen gingen over het minder snel verliezen van de zorgverzekering in het algemeen en bij specifieke gevallen zoals bij vrij komen na detentie, bij het verliezen van baan als arbeidsmigrant en bij dakloos raken. Oplossingen die werden aangedragen:

"Zorgverzekeraars inzetten als signaleringspartij om dreigende onverzekerde te ondervangen o.a. bij niet betalen rekeningen."

"In plaats van opzeggen zorgverzekering bij insluiten, alleen opschorten van de zorgverzekering tot vrijlaten."

"Bij geen woonadres, direct postadres bij gemeente en dan ook behoud zorgverzekering "

"Regels dat zorgverzekeraar patiënten niet zomaar mag uitschrijven o.a. bij verlies van huis (en z.v.z. is ook verplicht)"

"Geef aanbieders van combinatie werk wonen zorgverzekeraars de verplichting om na ontslag tenminste 3 maanden wonen en zorgverzekering te continueren"

Thema 2: Verzekering afsluiten gemakkelijker maken

Volgens de respondenten moet het afsluiten van een zorgverzekering simpeler en sneller kunnen door onder anderen het makkelijker verstrekken van een postadres. Een respondent schreef: " liefst natuurlijk een systeem waarin je automatisch verzekerd bent, zonder dat zinloze kiezen van je eigen zorgverzekeraar: marktje spelen."

Thema 3: Zorgen dat meer groepen een verzekering kunnen afsluiten/ verzekeringsplicht breder trekken

Een oplossing die werd aangedragen voor het voorkomen en verhelpen van onverzekerde is het voor meer groepen mogelijk maken om een zorgverzekering af te sluiten. Hierbij werden specifiek (ongedocumenteerde/illegale) arbeidsmigranten genoemd: "meer aandacht om werk wat nu door illegalen gedaan wordt legaal te maken en voor deze groep die vaak werk doet waar weinig scholing voor nodig is en waar een tekort aan personeel is. Maak legaal verblijf voor deze mensen die werken gemakkelijker, dan is deze groep ook verzekeraar."

Naast het mogelijk maken van een zorgverzekering afsluiten voor hen noemde iemand ook dat het verplicht moet worden om een Nederlandse zorgverzekering te hebben voor iedereen die in Nederland werkt. Verder noemde iemand: "Internationale studenten: een verplichte Nederlandse zorgverzekering."

Thema 4: Informatievoorziening/bewustwording

Oplossingen binnen dit thema richten zich op het bewustmaken van verschillende beroepsgroepen over (het bestaan van) onverzekerde en het verstrekken van informatie aan de doelgroep.

Overige thema's

De overige oplossingen voor het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op landelijk niveau die werden genoemd hadden betrekking op meer consequenties verbinden aan onverzekerde zijn, het versimpelen van de regeling, meer aandacht en specifiek beleid voor de kwetsbare doelgroep en hierin investeren, de toegang tot zorg vergroten en iedereen recht geven op zorg.

Wanneer al deze genoemde oplossingen en best practices voor de drie beleidsniveaus in ogenschouw genomen worden, dan valt op dat er, net als bij de corresponderende knelpunten (zie 4.8) een aantal gemene delers is. Veel genoemd zijn o.a. betere ondersteuning van onverzekerde (met waar nodig bemoeizorg), voorkomen dat veranderingen in levenssituatie leiden tot verlies van de zorgverzekering en betere samenwerking tussen betrokken partijen. Genoemde oplossingen variëren van kleinschalige en concrete suggesties tot oplossingen die wijziging van wetgeving vragen en soms ook tegen het koppelingsbeginsel ingaan.

Kernpunten bevindingen Delphi-studie

Deelnemers werd gevraagd naar oplossingen en *best practices* m.b.t. het voorkomen en verhelpen van onverzekerde op lokaal, regionaal en landelijk niveau.

- Voor alle niveaus vinden respondenten betere begeleiding en ondersteuning nodig (waar passend in de vorm van bemoeizorg). Dit omvat informeren van doelgroep en zorgverleners, maar ook hulp bij financiën.
- Op regionaal en landelijk niveau willen respondenten relevante procedures en samenwerking tussen betrokken partijen verbeteren
- Op met name landelijk niveau richtten aangedragen oplossingen zich o.a. op het voorkomen van onverzekerde bij overgangen zoals verlies van woonadres of vrijkomen uit detentie. Ook wil men het afsluiten van een zorgverzekering gemakkelijker maken, o.a. door het gemakkelijker verstrekken van een postadres.

Samenvattend zijn de bevindingen uit de literatuur en uit het vragenlijstonderzoek en Delphi studie deels overlappend en deels aanvullend op elkaar. Wat in elk geval wel duidelijk is geworden dat veel onverzekerde personen uit de doelgroep van de SOV actieve ondersteuning nodig hebben om hun weg te vinden in de procedures en instanties om zo daadwerkelijk (weer) verzekerd te worden. Dat gegeven, samen met de aan het begin van deze sectie geconstateerde grote rol van systeemproblematiek maakt het belangrijk om het advies de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving op te volgen, namelijk om bij het soort zaken als het afsluiten van een zorgverzekering niet uit te gaan van zelfredzaamheid, maar te werken aan ‘samenhangende ondersteuning’ (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving 2024).

6.7 Delphi respondenten over de belangrijkste aspecten t.a.v. een gecombineerde regeling

In de eerste ronde van de Delphi studie is de volgende vraag gesteld: Wat zijn volgens u de belangrijkste aandachtspunten en vereisten bij het ontwerpen van één nieuwe wettelijke regeling ter vervanging van de SOV en de OVV? Leg eventueel uit waarom.

Er waren 57 respondenten die antwoord gaven, waarbij opvalt dat er geen nieuwe zaken naar voren kwamen t.o.v. wat zij bij eerdere vragen al naar voren gebracht hadden. Samengevat,⁷¹ deelnemers vinden dat de nieuwe regeling vooral duidelijk en eenvoudig moet zijn, zodat deze makkelijk uitvoerbaar is. Daarnaast moet de administratieve belasting voor zorgverleners zo laag mogelijk blijven en mogen zij niet verantwoordelijk worden voor het bewaken van financiering. Ook moet de regeling de toegankelijkheid van zorg waarborgen: iedereen moet recht hebben op medisch noodzakelijke zorg, zorgverleners moeten iedereen kunnen helpen, en de drempel om hulp te zoeken mag niet te hoog zijn, omdat uitgestelde zorg uiteindelijk meer problemen en kosten veroorzaakt.

7. Discussie, conclusies en aanbevelingen

Op basis van de Delphi studie en de literatuur lijken de OVV en SOV grotendeels effectief t.a.v. van het wegnemen van onzekerheid bij zorgverleners over de vergoeding van zorg aan onverzekerde patiënten. De digitaliseringsslag van het declaratieproces die het CAK de afgelopen jaren gemaakt heeft wordt positief gewaardeerd, maar alsnog wordt de administratieve last als relatief hoog ervaren. Dit hangt samen met de complexiteit van het bepalen onder welke regeling een patiënt valt en de moeite die het soms kost om de aan te leveren gegevens te verkrijgen. Ook is het beeld waarschijnlijk nog voor een gedeelte gebaseerd op de situatie van voor de recente digitaliseringsslag. De bekendheid van en met de OVV en SOV zijn ondanks jarenlange voorlichting toch niet voldoende bij alle onverzekerde patiënten, zorgverleners en mensen werkzaam in de administratieve afhandeling. Ondanks de OVV en de SOV blijken onverzekerde patiënten door diverse informele drempels niet altijd de medisch zorg te ontvangen die noodzakelijk is en wordt deze zorg soms ook geweigerd. Vnaut de klankbordgroep werd nog gewezen op een minder zichtbare vorm van zorgweigering, namelijk het verlenen van niet-adequate zorg, van minder kwaliteit dan volgens de richtlijnen voorgeschreven. Dit verschijnsel werd in de gevonden literatuur niet beschreven.

Uit de landenvergelijking is gebleken dat er grote verschillen zijn tussen België, Duitsland, Ierland en Frankrijk als het gaat om de zorg voor onverzekerden. De dekking van de publiek gefinancierde zorg

⁷¹ Deze samenvatting is met een generatieve AI geproduceerd en door de auteurs gecontroleerd op juistheid.

aan onverzekerden is het meest omvangrijk in Frankrijk, namelijk ongeveer gelijk aan de zorg voor verzekerden en lijkt het meest beperkt in Duitsland. In België, Duitsland en Frankrijk hebben de gemeentelijke sociale diensten een centrale rol in de financiering van zorg aan onverzekerden. Doordat deze onderzoeken of de patient in kwestie inderdaad niet zelf kan betalen is de kans op misbruik van de financiële regelingen klein. Ook biedt het contact met verzekerbare patienten de mogelijkheid hen naar een zorgverzekering te leiden, maar onduidelijk bleef hoe vaak dat ook lukt. In Duitsland hebben onverzekerde patienten recht op een beperkt pakket aan zorg, waaronder spoedeisende hulp. Echter, zij lopen daarbij het risico gerapporteerd te worden bij de immigratiedienst, hetgeen zorgmijding in de hand werkt. Voor overige zorg zijn zij aangewezen op een parallel zorgsysteem dat voor een belangrijk deel draait op vrijwillige krachten, van mindere kwaliteit is en regionaal ongelijk verdeeld. Dit veroorzaakt ongelijke toegang tot en kwaliteit van zorg. In België omvat de regeling voor 'dringende medische hulp' (DMH) in beginsel alle verzekerde zorg, mits een arts deze als noodzakelijk beoordeeld. In de praktijk hanteren sommige sociale diensten strengere voorwaarden dan de wet stelt, waardoor ook in België de toegang tot medisch noodzakelijke ongelijk verdeeld is. Ook kent de procedure voor de financiering van DMH een grote administratieve last en relatief veel onzekerheid voor zorgverleners over financiële vergoeding. Verder blijkt een onevenredig groot aandeel van de verleende dringende medische hulp ziekenhuiszorg te zijn, waaruit het Rekenhof (de Belgische Rekenkamer) afleidt dat de toegang tot de eerstelijnszorg onvoldoende is, wat volgens het Rekenhof tot vermijdbare hogere kosten voor de samenleving leidt. In Frankrijk biedt de AME, de medische hulp via de staat, aan ongedocumenteerde migranten een zorgverzekering met vrijwel gelijke dekking als een reguliere zorgverzekering. Wanneer men eenmaal door de toelating voor AME heen is, biedt deze voor een jaar op reguliere wijze toegang tot het zorgsysteem. Echter, lang niet iedereen die ervoor in aanmerking komt maakt er gebruik van. Ierland, tenslotte, is een land zonder zorgverzekeringsstelsel en daarom in principe een zinvolle contrast casus. Echter, er zijn weinig informatieve uitkomsten gevonden. Mogelijk is Housing First effectief t.a.v. het bevorderen van de toegang tot zorg, maar dat zou toekomstig onderzoek uit moeten wijzen.

T.a.v. een nieuwe gecombineerde regeling was het expert panel van de Delphi studie het in grote lijnen eens over de gewenste kenmerken. De vergoede zorg dient de Wlz en het hele basispakket te omvatten, met idealiter een enkele uitbreiding zoals basis tandzorg. Het vergoedingspercentage is kostendekkend, in principe 100%. De administratieve last dient zo beperkt mogelijk te zijn middels een volledig gedigitaliseerd en geautomatiseerd declaratieproces. Een eventuele nieuw in te voeren administratieve verplichting om de verwachte duur van het verblijf van de onverzekerde patiënt aannemelijk te maken zou onhaalbaar zijn en onwenselijk. Het dient duidelijk te zijn wie er onder regeling komen te vallen. Ook dient het duidelijk te zijn hoe een inspanningsverplichting om na te gaan of de onverzekerde patiënt (deels) zelf kan betalen ingevuld dient te worden. Ook moet dat haalbaar zijn. Tenslotte is voorlichting en (in opleidingen ingebedde) scholing nodig om de bekendheid van en met de gecombineerde regeling te waarborgen.

Vanuit de literatuur en de experts zijn er veel suggesties om onverzekerdheid te voorkomen en te verhelpen, onder andere inzetten op persoonlijke begeleiding (mogelijk met een triage om kansrijke 'gevallen' te prioriteren), het vereenvoudigen van de procedure van (her)verzekeren (o.a. t.a.v. het verkrijgen van een postadres), bemoeizorg voor mensen met een beperkte zelfredzaamheid, betere samenwerking en communicatie tussen betrokken instanties, het voorkomen van het verliezen van de zorgverzekering bij gebeurtenissen zoals dakloos worden of verlies van werk bij arbeidsmigranten, en zorgen dat meer groepen een zorgverzekering kunnen afsluiten dan nu. Er is dus niet een 'meest eenvoudige route' naar een zorgverzekering, temeer omdat onverzekerd zijn bijna altijd een symptoom is van bredere problematiek.

Hieronder volgt een nadere duiding van en beschouwing op de resultaten van dit onderzoek.

Ten eerste, de grootste doelmatigheidswinst valt te behalen door het voorkomen en verhelpen van onverzekerde. Immers, hierdoor neemt het beroep op de regeling rechtstreeks af, zonder dat dit tot gezondheidsverlies leidt, omdat de nieuw afgesloten zorgverzekering de financiële toegang tot de zorg garandeert. Het succes hiervan zal zowel afhangen van concreet beleid en acties gericht op individuele burgers die onverzekerd zijn of dreigen te worden, als van breder beleid en wetgeving. Denk daarbij aan wetgeving die er aan bijdraagt dat meer EU arbeidsmigranten verzekerd zijn. Anders geformuleerd, wanneer door diverse maatschappelijke en globale factoren het aantal EU arbeidsmigranten, ongedocumenteerde vreemdelingen en ander typen onverzekerden toenemen, neemt het beroep op de SOV en de OVV en daarmee de budgetimpact direct toe. Kostenbeheersing zonder de toegang tot medisch noodzakelijke zorg te beperken is dan moeilijk, anders dan door succesvol beleid dat onverzekerde voorkomt en vermindert.

Ten tweede dient naast de grotendeels beroepsmatige perspectieven van de deelnemers van de Delphi studie ook het maatschappelijk perspectief van een financieel houdbaar en solidair zorgsysteem in ogenschouw genomen worden. Een reële zorg in dit verband is fraude met de OVV en de SOV, overigens incidenteel ook benoemd door respondenten van de Delphi studie. Naar schatting van de IGJ werd er in 2023 voor 10 tot 15 miljoen euro gefraudeerd. De IGJ stelt dat “De laagdrempeligheid, anonimiteit en kwetsbaarheid van onverzekerden, en het gebrek aan toezicht, maken de regelingen gevoelig voor misbruik”.⁷² Dit betekent dat de behoefte van de professionals in het veld die met de regelingen werken aan laagdrempelige regelingen met een lage administratieve last afgewogen moet worden tegen de noodzaak om fraude tegen te gaan wanneer dit juist meer administratie met zich meebrengt. Een ander voorbeeld van dit maatschappelijke perspectief is de observatie dat er ook verzekerde patiënten zijn met weinig financiële middelen die geen aanvullende verzekering hebben en ook geen toegang tot tandartszorg.

Ten derde is zowel uit de Delphi- als de literatuurstudie naar voren gekomen dat er in Nederland voor onverzekerde patiënten een heel aantal forse informele drempels bestaat voor de toegang tot medisch noodzakelijke zorg. Het bleek dat een substantiële groep onverzekerden alleen toegang tot zorg weet te krijgen met hulp van maatschappelijke steunorganisaties. Dit is zo ondanks dat de OVV en SOV de belangrijke formele drempel van de financiering van de zorg wegneemt. Bij het ontwerpen van een nieuwe regeling is het daarom essentieel telkens mee te wegen of een kenmerk van de regeling dat een formele drempel vormt tegelijkertijd ook onbedoeld bepaalde informele drempels verhoogt. Bijvoorbeeld, het moeten verstrekken van extra gegevens over een onverzekerde patiënt zou een extra formele drempel zijn. Sommige groepen ongedocumenteerden zullen dan extra huiverig zijn om de benodigde gegevens te verstrekken, zeker wanneer illegaal verblijf strafbaar gesteld zou worden. Een bestaande informele drempel wordt dan hoger. Mogelijke interacties tussen formele drempels en informele drempels dienen daarom tevoren goed ingeschat te worden en flankerend beleid kan wenselijk zijn.

Ten vierde, mede als gevolg van deze interactie tussen formele en informele drempels is het vergroten van de doelmatigheid door het versoberen van een nieuwe regeling ten opzichte van de OVV en de SOV slechts beperkt mogelijk. Immers, doelmatigheid betekent dat de kosten van de

⁷² <https://www.igi.nl/actueel/nieuws/2024/12/09/inspecties-naast-goede-zorg-ook-fraude-met-zorg-aan-mensen-zonder-zorgverzekering> Zie ook:

<https://www.nlarbeidsinspectie.nl/documenten/2024/12/09/misbruik-door-malafide-zorgverleners-van-zorgbudget-voor-onverzekerden> Wat bij de fraudegevoeligheid mogelijk ook een rol speelt is dat het CAK minder interactie heeft met zorgaanbieders dan zorgverzekeraars en daardoor ook minder gemakkelijk afwijkende patronen kan herkennen.

regeling kunnen worden gereduceerd zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid van onverzekerden of dat er bij toenemende kosten ook meer gezondheidswinst wordt behaald (zie hoofdstuk 1). Het reduceren van de kosten door bijvoorbeeld niet meer vrijwel het gehele basispakket te vergoeden leidt echter rechtstreeks tot het niet meer toegankelijk zijn van sommige vormen van medisch noodzakelijke zorg. Het significant reduceren van de hoogte van de vergoeding kan er toe leiden dat sommige zorgverleners geen zorg meer zullen verlenen, of dat dit economisch onhaalbaar wordt voor sommige zorginstellingen. Bovendien valt te verwachten dat een eventuele kostenbesparing die op deze wijze binnen de regeling zelf behaald kan worden, later alsnog ten laste komt van het gezondheidszorgbudget in de vorm van uitgestelde, doorgaans meer complexe en daardoor duurdere zorg.

Tenslotte zijn uit dit onderzoek geen evidente nadelen naar voren gekomen die voortvloeien uit het combineren van de OVV en de SOV tot één nieuwe regeling voor alle doelgroepen. Wel zijn er diverse mogelijke voordelen die waarschijnlijk zullen bijdragen aan de doelmatigheid. Tegelijkertijd zal het ook bij één regeling nodig blijven om vast te stellen of een patiënt er wel of niet onder valt. En in verband met het toeleiden naar een zorgverzekering is in elk geval nodig om te weten of iemand verzekeraar is, hetgeen niet eenvoudig is.

Sterktes en beperkingen van het onderzoek

- Door de combinatie van de literatuurstudie, de landenvergelijking en de Delphi-studie is de vraagstelling vanuit meerdere invalshoeken onderzocht en bleek er behoorlijke convergentie in de uitkomsten te bestaan. Overeenkomstig de beperkte omvang van dit onderzoek is slechts een narratieve en geen systematische review van de literatuur uitgevoerd.
- De diverse samenstelling van het panel van de Delphi studie zorgt ervoor dat de belangrijkste groepen experts hun inbreng geleverd hebben, namelijk medisch en maatschappelijk zorgverleners, mensen werkzaam in de administratieve uitvoering van de SOV en/of de OVV, beleidsmakers, en managers van zorginstellingen. Ook zijn ervaringsdeskundigen met onverzekerde zijn en zorg ontvangen als onverzekerde patiënt bevestigd. Binnen de beperkingen van het onderzoek was het niet mogelijk om de opvattingen van de groepen experts onderling te vergelijken. Tenslotte zijn experts uit de Randstad oververtegenwoordigd, mede omdat daarin ook het meeste zorg aan onverzekerden verleend wordt.
- De gedane suggesties zijn niet getoetst op uitvoerbaarheidsaspecten en op juridische aspecten, omdat dat buiten de scope van dit onderzoek viel.

Aanbevelingen

- Zet in de eerste plaats in op het voorkomen en verhelpen van onverzekerde zijn als de manier om de doelmatigheid van de OVV, de SOV en een nieuwe regeling te vergroten.
- Overweeg betrokkenheid van het sociale domein, op de manier van België, Duitsland en Frankrijk, om verzekerdheid te bevorderen en tevens fraude tegen te gaan zonder verhoging van de administratieve last in het zorgdomein. Weeg beoogde opbrengsten af tegen de aanzienlijk verhoogde administratieve last voor het sociale domein en potentiële gezondheidsschade wanneer de toegang tot zorg zou verminderen.
- Hoewel gegevens uit de literatuur er vrij duidelijk op wijzen dat uitgestelde zorg doorgaans duurder is, hoeft niet altijd het geval te zijn. Bijvoorbeeld uitstel van zorg waarna de onverzekerde patiënt die vervolgens in het thuisland ontvangt, is goedkoper. Om beter zicht

te krijgen op de vraag of directe toegang tot medisch noodzakelijke zorg middels de OVV en de SOV overall leidt tot meer of juist minder kosten voor de samenleving is een maatschappelijke kosten-batenanalyse van beide regelingen zinvol.

- Onderzoek de mogelijkheid van innovatieve oplossingen die ervoor zorgen dat zorgverleners en administratieve medewerkers in geval van onverzekerde patiënten automatisch toegang krijgen tot praktische informatie over de financieringsregeling(en) en de omgang met deze patiënten. Dit als aanvulling op bestaande voorlichting en inbedding in opleidingen.
- Waardeer en borg de grote rol die maatschappelijke steunorganisaties en maatschappelijk werkers vervullen in het helpen van onverzekerde patiënten om daadwerkelijk medische zorg te ontvangen. Faciliteer deze ook financieel.
- Doe nader onderzoek naar de aard en omvang van zorgtoerisme, waarbij onverzekerde patiënten naar Nederland komen om medische zorg te ontvangen die op de OVV of SOV afgewenteld wordt.
- Het meewegen van de verwachte verblijfsduur in het indiceren van een medische behandeling is integraal onderdeel van de huidige OVV. Vraag zorgverleners in een nieuwe regeling niet om de duur van het verblijf aannemelijk te maken in de declaratie naar het CAK, maar zet waar nodig in op professionalisering t.a.v. het meewegen van de verwachte verblijfsduur in het bepalen van de medische noodzakelijkheid. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door het beschikbaar maken van *good practices*.
- Doe nader onderzoek naar mogelijkheden voor specifieke financiële vergoeding voor zorgverleners die, vanuit het oogpunt van goede zorg samen met een patient de wenselijkheid en mogelijkheid van terugkeer naar het land van herkomst onderzoeken en/of deze terugkeer ondersteunen.
- Onderzoek de mogelijkheden om op een efficiënte manier de daadwerkelijke toegang van onverzekerden tot zorg beter in kaart te brengen dan nu en blijvend te monitoren. De oproep tot monitoren is veelvuldig gedaan, maar inzicht ontbreekt nog steeds. Middels zo'n monitor kan ook het effect van de nieuwe regeling t.a.v. daadwerkelijke toegang gemeten worden.

Literatuur

- Aanjaagteam Bescherming Arbeidsmigranten, Ministerie van Sociale Zaken en. 2020. *Geen tweederangsburgers. Aanbevelingen om misstanden bij arbeidsmigranten in Nederland tegen te gaan. rapport*. Ministerie van Algemene Zaken. doi:10/30/tweede-advies-aanjaagteam-bescherming-arbeidsmigranten.
- Adviescommissie voor Vreemdelingenzaken, Bureau Nationale ombudsman, en College voor de Rechten van de Mens. 2015. *Verslag van de bijeenkomst 'Zorgeloos op straat' op 16 juni 2015*.
- Allen, Mike, Lars Benjaminsen, Eoin O'Sullivan, en Nicholas Pleace. 2020. 'Trends in homelessness in Denmark, Finland and Ireland'. P. 0 in *Ending Homelessness?: The Contrasting Experiences of Denmark, Finland and Ireland*, onder redactie van M. Allen, L. Benjaminsen, E. O'Sullivan, en N. Pleace. Policy Press.
- Ayanian, John Z., Alan M. Zaslavsky, Joel S. Weissman, Eric C. Schneider, en Jack A. Ginsburg. 2003. 'Undiagnosed Hypertension and Hypercholesterolemia Among Uninsured and Insured Adults in the Third National Health and Nutrition Examination Survey'. *American Journal of Public Health* 93(12):2051-54. doi:10.2105/AJPH.93.12.2051.
- BAPN. 2025. *Ziek en zonder papieren. Mensen zonder wettig verblijf aan het woord over het systeem van de dringende medische hulp*. Belgisch Netwerk Armoedebestrijding. <https://bapn.be/nl/bericht/ziek-en-zonder-papieren>.
- Berenschot. 2011. *Evaluatie van de bijdrageregeling van artikel 122a van de Zorgverzekeringswet*. Berenschot.
- Bloemen, Evert. 2019. 'Wat kun je als sociaal werker betekenen? Ongedocumenteerde vreemdelingen in beeld'. *Vakblad Sociaal Werk*.
- Bozorgmehr, Kayvan, en Oliver Razum. 2015. 'Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013'. *PLOS ONE* 10(7):e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483.
- Commissie Klazinga. 2007. *Arts en Vreemdeling. Rapport van de commissie Medische zorg voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen*. Utrecht: Pharos.
- Commissie Smeets. 2004. *Medische aspecten van het Vreemdelingenbeleid*. Landelijke Commissie Medische Aspecten van het Vreemdelingenbeleid.
- De Vito, Elisabetta, Chiara de Waure, Maria Lucia Specchia, Paolo Parente, Elena Azzolini, Emanuela Maria Frisicale, Marcella Favale, Adele Anna Telemann, en Walter Ricciardi. 2016. 'Are Undocumented Migrants' Entitlements and Barriers to Healthcare a Public Health Challenge for the European Union?' *Public Health Reviews* 37(1):13. doi:10.1186/s40985-016-0026-3.
- Derckx, V. L. 2021. 'Het recht op zorg voor de gezondheid van onrechtmatig verblijvende vreemdelingen in Nederland'. Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Dokters van de Wereld. 2018. *De deur naar zorg*. Amsterdam: Dokters van de Wereld.

- Dourgnon, Paul, S. Guillaume, F. Jusot, en Jérôme Wittwer. 2019. 'Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour'. Paris: Institute for Research and Information in Health Economics.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2023. 'Ireland: Country Health Profile 2023 |'. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/ireland-country-health-profile-2023>.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2024. *Germany: Health System Summary 2024* /. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-summary-2024>.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2025a. *Belgium: Country Health Profile 2025*. European Observatory on Health Systems and Policies. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/belgium-country-health-profile-2025>.
- European Observatory on Health Systems and Policies. 2025b. *France: Country Health Profile 2025* /. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/france-country-health-profile-2025>.
- Fazel, Seena, John R. Geddes, en Margot Kushel. 2014. 'The Health of Homeless People in High-Income Countries: Descriptive Epidemiology, Health Consequences, and Clinical and Policy Recommendations'. *The Lancet* 384(9953):1529-40. doi:10.1016/S0140-6736(14)61132-6.
- Féral Pierssens, Anne Laure, Bernard Castan, Hugues Cordel, Anne Vuillemin, Julie Chastang, Laurent Papazian, Agnès Linglart, Eric Pichard, Quiterie Boscal De Reals, Jésus Gonzalez, en Nicolas Vignier. 2024. 'The French medical community united against cuts to State Medical Aid'. *Health Policy* 143:105037. doi:10.1016/j.healthpol.2024.105037.
- GGD-GHOR Nederland. 2025. *Pilot dakloze EU-migranten in Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag*. GGD-GHOR Nederland.
- Greenwood, Ronni M., Steven Byrne, en Branagh R. O'Shaughnessy. 2022. *National Housing First Implementation Evaluation Findings*. University of Limerick.
- van Hal, L., en F. Stoutjesdijk,. 2018. *Alleen krijg je het niet voor elkaar. Een verkenning van medisch noodzakelijke zorg voor ongedocumenteerde migranten in Nederland*. Utrecht: Kennisplatform Integratie & Samenleving.
- Halpern, Michael T., John Bian, Elizabeth M. Ward, Nicole M. Schrag, en Amy Y. Chen. 2007. 'Insurance Status and Stage of Cancer at Diagnosis among Women with Breast Cancer'. *Cancer* 110(2):403-11. doi:10.1002/cncr.22786.
- Hanssen, Irsa R. M., en Mara A. Yerkes. 2025. 'Health Is Wealth and Documents Are the Currency: Exploring the Role of NGOs in Facilitating Healthcare Access for Undocumented Migrants in the Netherlands – a Qualitative Study'. *International Journal for Equity in Health* 24(1):219. doi:10.1186/s12939-025-02594-0.
- Hintjens, Helen M., Karin A. Siegmann, en Richard H. J. M. Staring. 2020. 'Seeking health below the radar: Undocumented People's access to healthcare in two Dutch cities'. *Social Science & Medicine* 248:112822. doi:10.1016/j.socscimed.2020.112822.

- Holst, Laurens, Anne Brabers, Jany Rademakers, en Judith de Jong. 2024. 'How Do Citizens with Low Health Insurance Literacy Choose a Health Insurance Policy in the Netherlands? An Interview Study'. *BMC Health Services Research* 24(1):1567. doi:10.1186/s12913-024-12062-0.
- HSE National Social Inclusion. 2024. *The HSE National Strategic Plan to Improve the Health of People Experiencing Homelessness in Ireland 2024-2027*. <https://about.hse.ie/publications/national-strategic-plan-improve-health-people-experiencing-homelessness-ireland/>.
- Ingram, Carolyn, Conor Buggy, Darin Elabbasy, en Carla Perrotta. 2024. 'Homelessness and Health-Related Outcomes in the Republic of Ireland: A Systematic Review, Meta-Analysis and Evidence Map'. *Journal of Public Health* 32(10):1855-76. doi:10.1007/s10389-023-01934-0.
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. 2025. 'Stel zorgverleners in staat om medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden te bieden | Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd'. <https://www.igj.nl/documenten/2025/12/01/stel-zorgverleners-in-staat-om-medisch-noodzakelijke-zorg-aan-onverzekerden-te-bieden>.
- Jusot, F., Paul Dourgnon, Jérôme Wittwer, en Jawhar Sarhiri. 2019. 'cov-Access to State Medical Aid by Undocumented Immigrants in France: First Findings of the "Premiers Pas" Survey'. Institute for Research and Information in Health Economics.
- KCE. 2015. *Welke gezondheidszorg voor personen zonder wettig verblijf? Synthese*. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Klop, Hanna T., Kirsten Evenblij, Jaap R. G. Gootjes, Anke J. E. de Veer, en Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. 2018. 'Care avoidance among homeless people and access to care: an interview study among spiritual caregivers, street pastors, homeless outreach workers and formerly homeless people'. *BMC Public Health* 18(1):1095. doi:10.1186/s12889-018-5989-1.
- Kramer, M., Hoogsteder, E. Olsman, en L. Van Willigen. 2015. *Handreiking ethische dilemma's in de GGZ voor asielzoekers*. Amsterdam: Johannes Wier Stichting voor gezondheidszorg en mensenrechten.
- Kratzsch, Lukas, Kayvan Bozorgmehr, Joachim Szecsenyi, Stefan Nöst, Lukas Kratzsch, Kayvan Bozorgmehr, Joachim Szecsenyi, en Stefan Nöst. 2022. 'Health Status and Access to Healthcare for Uninsured Migrants in Germany: A Qualitative Study on the Involvement of Public Authorities in Nine Cities'. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19(11). doi:10.3390/ijerph19116613.
- Kurz, Charlotte. 2022. 'Menschen ohne Krankenversicherung: Ein oft übersehenes Problem'. *Deutsches Ärzteblatt* 119(41):A1738-41.
- Lafaut, Dirk, en Gily Coene. 2023. 'Autonomy Without Borders? Understanding the Impact of Undocumented Residence Status on Healthcare Relationships in Belgium'. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics* 16(2):1-25. doi:10.3138/ijfab-2023-03-20.
- Manasyan, Artur, Nicolas Malkoff, Brigitte Cannata, Eloise W. Stanton, Maxwell B. Johnson, Haig A. Yenikomshian, en T. Justin Gillenwater. 2024. 'Factors associated with delayed admission to the burn unit: A major burn center's experience'. *Burns* 50(9):107288. doi:10.1016/j.burns.2024.107288.
- Marie Nørredam, en Allan Krasnik. 2011. 'Migrants' access to health services'. in *Migration and health in the European Union*. McGraw Hill / Open University Press.

- Marmot, Michael, Jessica Allen, Ruth Bell, Ellen Bloomer, en Peter Goldblatt. 2012. 'WHO European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide'. *The Lancet* 380(9846):1011-29. doi:10.1016/S0140-6736(12)61228-8.
- Marsaudon, Antoine, Florence Jusot, Jérôme Wittwer, en Paul Dourgnon. 2024. 'Patients like any others? Providing coverage to undocumented migrants in France: effects on access to care and usual source of care'. *European Journal of Public Health* 34(6):1157-62. doi:10.1093/eurpub/ckae143.
- McNeill, Sarah, Diarmuid O'Donovan, en Nigel Hart. 2022. 'Access to Healthcare for People Experiencing Homelessness in the UK and Ireland: A Scoping Review'. *BMC Health Services Research* 22(1):910. doi:10.1186/s12913-022-08265-y.
- Medimmigrant. z.d. 'AMU / DMH. The right to health care for people without legal stay permit'.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. 2024. *Jaarrapportage arbeidsmigranten 2024*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2021. *Evaluatie Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden - Rapport - Rijksoverheid.nl. rapport*. Ministerie van Algemene Zaken.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2021/08/31/rapportage-evaluatie-subsidieregeling-medisch-noodzakelijke-zorg-aan-onverzekerden>.
- Nusselder, Wilma J., Marcel T. Sloekers, Luuk Krol, Colette T. Sloekers, Caspar W. N. Looman, en Ed F. van Beeck. 2013. 'Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001–2010'. *PLOS ONE* 8(10):e73979. doi:10.1371/journal.pone.0073979.
- Pharos. 2019. *Toegang tot zorg voor ongedocumenteerde migranten Wat helpt om zorg te krijgen?* Utrecht: Pharos.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. 2024. *Van overleven naar bloeien: bestaansonzekerheid voorkomen en verminderen |*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
<https://www.raadrvs.nl/documenten/2024/02/15/van-overleven-naar-bloeien>.
- Rekenhof. 2025. *Dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf Kosten en doeltreffendheid van het federale beleid*. Brussel: Rekenhof.
- Rosano, Aldo, Christian Abo Loha, Roberto Falvo, Jouke van der Zee, Walter Ricciardi, Gabriella Guasticchi, en Antonio Giulio de Belvis. 2013. 'The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review'. *European Journal of Public Health* 23(3):356-60. doi:10.1093/eurpub/cks053.
- Schwartz, Diane A., Xuan Hui, Eric B. Schneider, Mays T. Ali, Joseph K. Canner, William R. Leeper, David T. Efron, Elliot R. Haut, Catherine G. Velopoulos, Timothy M. Pawlik, en Adil H. Haider. 2014. 'Worse outcomes among uninsured general surgery patients: Does the need for an emergency operation explain these disparities?' *Surgery* 156(2):345-51. doi:10.1016/j.surg.2014.04.039.
- Sikkel, Rosie. 2025. 'De onzichtbare prijs van goedkope arbeid | NTVG'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, juni 18.

- Slockers, Marcel T. 2021. 'Mortality, Health Problems and Access to Care for Homeless People'. Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam.
- Slockers, Marcel T., Igor R. A. L. van Laere, Maria Muijsenberg, van den (et al. nog toevoegen!), en Igor R. A. L. van Laere. 2017. 'Gezondheidsproblemen bij daklozen'. *Huisarts en Wetenschap* 7(60):360-63.
- Slockers, Marcel T., Igor R. A. L. van Laere, en Ronald B. J. Smit. 2016. 'Straatdokters slaan alarm over epidemie van onverzekerde daklozen | NTVG'. *NTVG*. <https://www.ntvg.nl/artikelen/straatdokters-slaan-alarm-over-epidemie-van-onverzekerde-daklozen>.
- Stötzler, Mathilde, en Andrea Kaifie. 2023. 'Healthcare for Individuals without Health Insurance in Germany – a Mixed Methods Approach to Assess the Situation and Current Challenges'. *International Journal for Equity in Health* 22(1):117. doi:10.1186/s12939-023-01930-6.
- Thomas, Steve, Bridget Johnston, Sarah Barry, Rikke Siersbaek, en Sara Burke. 2021. 'Sláintecare implementation status in 2020: Limited progress with entitlement expansion'. *Health Policy* 125(3):277-83. doi:10.1016/j.healthpol.2021.01.009.
- Van Dongen, Sophie, Judith Rietjens, Elsa Fluks, Pim Steens, Dieuwertje Wallaart, en Ed Beeck, van. 2023. *Medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering in de regio Rotterdam-Rijnmond Een evaluatiestudie Sophie*. Maatschappelijke Gezondheidszorg, Erasmus MC Rotterdam.
- Van Dongen, Sophie, en Ed F. Van Beeck. 2025. *Onverzekerd en ziek in Nederland Casuïstiek- en panelstudie naar zorg- en ondersteuningstrajecten, ervaren knelpunten en gevolgen Rapport / December 2025*. Rotterdam.
- Van Laere, Igor R. A. L., Marcel T. Slockers, en Maria Van den Muijsenbergh. 2017. 'Huisarts kan dakloosheid voorkomen'. *Huisarts en Wetenschap* 60(7):363-65.
- Van Tongerloo, Michelle. 2024. *Komt een land bij de dokter, Michelle Van Tongerloo*. De Correspondent.
- Vollebregt, Sandrine J. C., Willem F. Scholte, Annette Hoogerbrugge, Koen Bolhuis, en Jentien M. Vermeulen. 2023. 'Help-Seeking Undocumented Migrants in the Netherlands: Mental Health, Adverse Life Events, and Living Conditions'. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 47(4):1067-89. doi:10.1007/s11013-022-09790-5.
- Voogt, Wil, en Marjan Mensinga. 2019. 'Toegang tot alle zorg. Zes casussen uit de praktijk van Lampion'. *Vakblad Sociaal Werk*.
- Watjer, Rosa, Jos van Rosmalen, en Linda Janmaat. 2016. *Health care seeking practices of undocumented migrants in the Netherlands: a qualitative exploration of health care seeking behaviour. Master thesis*. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Dokters van de Wereld. <https://dokterstvanderwereld.org/actueel/rapporten-publicaties/health-care-seeking-practices-of-undocumented-migrants-in-the-netherlands-a-qualitative-exploration-of-health-care-seeking-behaviour/>.
- Zarca, Kevin, Zakaria Bekkar, Thomas Rapp, Isabelle Durand-Zaleski, en Anne-Laure Feral-Pierssens. 2025. 'Hospital admissions for undocumented immigrants: a comparative analysis of French

healthcare coverage schemes'. *European Journal of Public Health* 35(4):687-92. doi:10.1093/eurpub/ckaf113.

Zhang, Xuanping, Linda S. Geiss, Yiling J. Cheng, Gloria L. Beckles, Edward W. Gregg, en Henry S. Kahn. 2008. 'The Missed Patient with Diabetes: How Access to Health Care Affects the Detection of Diabetes'. *Diabetes Care* 31(9):1748-53. doi:10.2337/dc08-0572.

Zimmer, Matthias. 2024a. 'Refusal of Patients: Care for People without Health Insurance in German Emergency Departments'. *BMC Medical Ethics* 25(1):56. doi:10.1186/s12910-024-01059-3.

Zimmer, Matthias. 2024b. 'The Other Health Care System in Germany: Care for People without Health Insurance'. *BMC Health Services Research* 24(1):1649. doi:10.1186/s12913-024-12119-0.