

## **Onverzekerde vreemdelingen**

Stroomlijning financiering zorg voor illegalen

**Theo A.M. Stam**

***Eind vorig jaar belofde de minister de financiering van onbetaald gebleven zorg voor illegalen te stroomlijnen en in één regeling onder te brengen. Dit wetsvoorstel lijkt een belangrijke stap te worden naar een minder onzekere situatie voor de zorgaanbieders. Een overzicht.***

Al sinds de negentiende eeuw zijn er onverzekerden in de gezondheidszorg. Vooral de laatste decennia is dit als probleem naar voren gekomen. Behalve de groep die zich met opzet niet verzekert, is er een groep mensen die door hun verblijfsstatus zijn uitgesloten van ziektekostenverzekeringen. Sinds 1998 vielen deze mensen onder de Koppelingswet. Die wet legde vast dat vreemdelingen zonder verblijfsvergunning geen toegang meer hadden tot de toenmalige ziekenfondsverzekering en de verzekering volgens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Wel werd erkend dat medisch noodzakelijke zorg toegankelijk moest blijven en de kosten daarvan niet onevenredig op de zorgaanbieders mochten worden afgewenteld.

De overheid nam daarom twee maatregelen. De bestaande beleidsregel 'Afschrijving kosten dubieuze debiteuren voor de ziekenhuizen' werd opengesteld voor kosten van zorg aan onverzekerde en insolvente vreemdelingen. De tweede maatregel was dat voor zorgaanbieders die niet onder die beleidsregel vielen, een bedrag van 11 miljoen gulden (5 miljoen euro) opzij werd gezet op de begroting van het ministerie van VWS. Voor de toedeling van dit geld is in 1997 de Stichting Koppeling opgericht.

De stichting hanteert de Regeling Stichting Koppeling om te bepalen hoe dit financiële vangnet werkt. De voorwaarden voor compensatie van geleden inkomensschade is dat die schade is ontstaan doordat 1) medisch noodzakelijke zorg is verleend 2) aan een onverzekerde vreemdeling zonder verblijfsvergunning 3) die de kosten van de zorg niet geheel of gedeeltelijk kan betalen.

De basis voor financiële compensatie is de getekende verklaring van de zorgaanbieder dat aan genoemde voorwaarden is voldaan. De integriteit van de aanvragende zorgaanbieder is dus een belangrijk uitgangspunt. Het kader voor het begrip 'medisch noodzakelijke zorg' is de door de Nederlandse overheid voor haar ingezetenen wettelijk verzekerde zorg. Zorg dus, zoals verzekerd volgens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De jaren tot en met 2000 zijn aanloopjaren en zijn voor de kostenontwikkeling niet indicatief. Van 2000 tot en met 2004 stegen de totale kosten van de regeling jaarlijks met 1 miljoen euro naar een bedrag van ruim 5 miljoen euro. Een belangrijke oorzaak daarvan is vermoedelijk

---

de nieuwe Vreemdelingenwet van 1 april 2001. Veel asielaanvragen werden sindsdien in de zogenaamde 48-uursprocedure afgewezen en 'oude' dossiers werden versneld afgehandeld. Vanaf 2005 is een afvlakking van de kostenstijging te zien, een trend die zich in 2006 doorzette. De zorgkosten lijken zich te stabiliseren rond de 5 à 6 miljoen euro.

Binnen de zorgkosten vormt 'farmaceutische hulp' met ongeveer 60 procent veruit het grootste aandeel. Daarbij spelen de kosten van dure medicatie bij chronische ziekten een belangrijke rol. Het aandeel huisartsenzorg ligt al jaren vast rond 10 procent van het budget.

Tandheelkundige noodhulp stijgt nog steeds en ligt inmiddels op ruim 13 procent. Kosten voor verloskunde en kraamzorg liggen al sinds 2003 stabiel rond de 400 duizend euro.

Bij al deze cijfers komt maar een deel van de zorg in beeld. In een onbekend aantal gevallen wordt de zorg geheel of deels contant betaald. Evenmin is bekend in welke mate de zorgverleners een beroep op de regeling doen. Gezien de administratieve inspanning van de aanvraag zal daar in sommige gevallen misschien van worden afgezien.

Tot november 2006 is de Regeling Stichting Koppeling als een private activiteit uitgevoerd. Daar kwam een eind aan toen de Raad van State in hoger beroep bepaalde dat het verdelen van overheids gelden als een publieke taak moet worden beschouwd. Gevolg van de uitspraak is dat de bepalingen van de Algemene wet bestuursrecht van toepassing zijn op de verdelingsactiviteiten en het reglement van de Stichting. De Tweede Kamer heeft in 2006 verscheidene malen met de minister gedebatteerd over de zorg aan onverzekerden en illegalen. Dit mede naar aanleiding van wijzigingen in het acceptatiebeleid van een aantal ziekenhuizen. Centraal in de discussie stond de vraag wat moest worden verstaan onder medisch noodzakelijke zorg en óf en wanneer die door de overheid moest worden betaald. Ten aanzien van dat laatste werd vanuit de Kamer steeds de instelling van een waarborgfonds bepleit.

Ook de KNMG mengde zich herhaaldelijk in die discussie. Een en ander leidde vanuit het zorgveld tot de instelling van de zogenoemde Commissie Klazinga. Die buigt zich over het opstellen van praktische richtlijnen voor het hanteren van het begrip 'medisch noodzakelijke zorg'. De commissie komt op 19 december 2007 met haar advies. De minister heeft eind vorig jaar toegezegd de financiering van alle onbetaald gebleven zorg voor illegalen te zullen stroomlijnen en deze in één regeling onder te brengen. Daartoe is inmiddels een wetsontwerp (Kamerstuk 31249) bij de Tweede Kamer ingediend.

Doel van het wetsontwerp is één wettelijke regeling voor de financiering van alle medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerde vreemdelingen zonder verblijfsvergunning. Deze regeling komt in plaats van de 'Beleidsregel afschrijving kosten dubieuze debiteuren' en de Regeling Stichting Koppeling. Zij zal ook voor awbz-instellingen, waarvoor momenteel niets beschikbaar is, een mate van dekking bieden. Het wetsontwerp, dat een wijziging van de Zorgverzekeringswet inhoudt, maakt onderscheid tussen direct toegankelijke zorg en niet direct toegankelijke zorg.

Direct toegankelijk is zorg die zonder recept, verwijzing of indicatie kan worden ingeroepen en doorgaans ook direct moet worden verleend. Denk daarbij aan de meeste eerstelijnszorg (met uitzondering van

---

farmaceutische hulp) en de acute ziekenhuiszorg. Voor deze zorg geldt een vergoedingsregeling van 80 procent van de onbetaald gebleven kosten. Zorg die pas toegankelijk is na recept, verwijzing of indicatiestelling zal slechts worden vergoed aan een beperkt aantal geselecteerde zorgaanbieders. Met deze zorgaanbieders worden contracten afgesloten op basis van prijs-volumeafspraken. Het gaat dan om apotheken, ziekenhuizen, ggz-instellingen en verpleeghuizen. De nieuwe regeling treedt naar verwachting op 1 juli 2008 in werking.

Het mag als grote winst worden beschouwd dat er één regeling komt die alle zorg omvat, zodat vooral de awbz-instellingen geholpen worden bij de financiering van deze onverzekerde zorg. Ook stellen veel partijen het op prijs dat de overheid zich met deze regeling voor de financiering verantwoordelijk verklaart. Aan de andere kant hangt het van de uitvoering af of het voor de direct betrokkenen (patiënt en zorgverlener) niet onnodige drempels opwerpt. Een zekere formalisering lijkt onvermijdelijk. Daartegenover staan echter wel duidelijke en ook afdwingbare aanspraken voor de zorgverlener. Een verschil ten opzichte van de huidige regeling is dat bij de direct toegankelijke zorg niet de zorgverlener zelf bepaalt in welke mate hij een eigen risico neemt. Dat is al in de vergoeding verwerkt: 80 procent van de uiteindelijk niet verhaalbare kosten worden vergoed. Zo blijft er dus altijd een bedrag van maximaal 20 procent voor eigen rekening. De overheid wil hiermee de zorgverleners stimuleren de patiënt zoveel mogelijk op zijn betaalplicht aan te spreken. De ervaring leert dat het overgrote deel van de zorgverleners hun zorgplicht niet verzaakt uit financiële overwegingen. Toch moet goed worden gevolgd wat deze vergoedingsregeling voor effect heeft op de toegankelijkheid van de medisch noodzakelijke zorg.

Voor de niet acute zorg geldt een contractenstelsel. Hieraan wordt een beperkt aantal zorgaanbieders (ziekenhuizen, apotheken, verpleeghuizen en ggz-instellingen) geacht deel te nemen. Deze contracten zullen worden afgesloten door het College voor Zorgverzekeringen, na de verplichte aanbestedingsprocedure. Erg belangrijk is dat hiermee een aanvaardbare geografische spreiding van de zorg moet worden bereikt, die de zorg voldoende toegankelijk houdt.

Het advies van de Commissie Klazinga zal de zorgverleners naar verwachting voldoende kader bieden om onduidelijkheid weg te nemen over hun positie ten opzichte van de onverzekerde patiënt.

Alles overziend lijkt een belangrijke stap te worden gezet naar een voor de zorgaanbieder minder onduidelijke en minder onzekere situatie rond de zorgverlening aan de onverzekerde vreemdeling zonder verblijfsvergunning. Maar net als nu blijven wederzijds vertrouwen, integriteit en soepelheid belangrijke voorwaarden voor een succesvol functioneren van de regeling.

Theo A.M. Stam is hoofd Bureau Stichting Koppeling. Een uitgebreide versie van dit artikel staat op [www.lampion.info](http://www.lampion.info).