

## MEMO

Onderwerp: Vergoeden medisch noodzakelijke zorg voor onverzekerden is verstandiger dan alleen acute zorg

Aan: De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mevrouw Fleur Agema

Van: Marcel Slockers, huisarts en straatdokter  
Dinand Abels, directeur Stichting Nederlandse Straatdokers Groep  
Ed van Beeck, arts voor Maatschappij en Gezondheid, hoofddocent maatschappelijke gezondheidszorg Erasmus MC  
Maria van den Muijsenbergh, emeritus-hoogleraar huisartsgeneeskunde, voormalig straatdokter, voorzitter Stichting Nederlandse Straatdokers Groep

Datum: 21 november 2024

In dit memo gaan we in op de voorgenomen bezuiniging van veertig miljoen euro op de zorg voor onverzekerden, de gevolgen ervan en de moreel ethische bezwaren hiertegen. Vanuit de gedeelde zorg met de Minister om de stijgende zorgkosten dragen we alternatieven aan voor deze bezuiniging.

### Gezondheid onverzekerde mensen

Onverzekerde mensen, van wie relatief vele dak- of thuisloos zijn, verkeren meestal in een ongunstige maatschappelijke positie met als gevolg een slechtere gezondheid dan andere bevolkingsgroepen (1). Zij hebben een grotere kans op chronische ziekten en vroegtijdig overlijden. Dak- en thuisloze mensen overlijden zelfs 14 tot 16 jaar eerder dan anderen (2). Dit heeft onder meer te maken met een niet-optimale toegankelijkheid tot zorg (3).

### De voorgenomen bezuiniging op de zorg voor onverzekerde patiënten

Sinds 2015 wordt iedereen zonder adres bij de burgerlijke stand uit de zorgverzekering gezet. Straatdokers, maar ook het aanjaagteam verwarde personen, hebben gehamerd op het feit dat ook onverzekerden recht houden op medisch noodzakelijke zorg. Artsen zijn, zowel juridisch als ethisch, verplicht deze zorg te verlenen aan iedereen. In de eed van Hippocrates staat dat bovendien artsen de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg moeten bevorderen. Om de toegankelijkheid van zorg voor onverzekerden te verbeteren is in 2017 de *subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (SOV)* in het leven geroepen. De eerste paar jaren was de regeling echter erg complex, en onvoldoende bekend bij doelgroep en zorgverleners (4,5). Het gevolg was dat onderverzekerde patiënten vaak laat in zorg kwamen, wanneer ziekten zich inmiddels verder ontwikkeld hadden - en behandeling juist duurder werd. Nu is de procedure vereenvoudigd en begint de regeling bekender te worden bij de zorgverleners. Dit verklaart mede, naast de toename van het aantal arbeidsmigranten, de groei van de kosten van de SOV.

De Minister van VWS heeft nu besloten om het budget voor de SOV vanaf 2027 te halveren, een korting van 40 miljoen euro. De bezuiniging betreft een heel specifieke groep van veelal werk- en dakloze arbeidsmigranten. Zij zullen alleen nog acute zorg ontvangen. Hierdoor zal de toegankelijkheid tot zorg afnemen, terwijl het de vraag is of de beperking tot acute zorg tot werkelijke besparingen zal leiden. De problematische aspecten en negatieve gevolgen van dit voorstel zetten we op een rijtje.

## Doelgroep is moeilijk te identificeren

Deze zeer specifieke doelgroep is ook door VWS lastig te definiëren en te identificeren. Arbeidsmigranten zijn vaak afhankelijk van dubieuze uitzendbureaus (6). Volgens de gegevens van het CBS (2023) zijn er meer dan 240.000 EU-arbeidsmigranten die als zogenaamde niet-ingezetene zijn geregistreerd. Er zijn momenteel geen cijfers van het aantal mensen in deze groep die geen zorgverzekering heeft. Bovendien sluiten deze cijfers mensen uit die helemaal niet zijn geregistreerd en volledig onder de radar leven en personen die voor uitzendbureaus werken die geen belasting betalen in Nederland, maar in het buitenland.

De samenstelling van de doelgroep van de bezuiniging is bovendien dynamisch: iemand kan bijvoorbeeld zijn baan, huisvesting en zorgverzekering verliezen, maar binnen enkele dagen weer aan het werk gaan en opnieuw verzekerd raken. De omvang van deze groep is dus onduidelijk, maar de hoogte van de bijbehorende zorgkosten eveneens. Hierdoor lijkt de geplande besparing van 40 miljoen euro gebaseerd op optimistische aannames zonder solide onderbouwing. De Minister rekent zich rijk.

## Niet effectief

Een aanname is dat het stopzetten van zorgvergoedingen zal leiden tot terugkeer van patiënten naar hun land van herkomst of zal leiden tot het zelf bekostigen van medisch noodzakelijke zorg. Hier zal in amper sprake van zijn. EU-migranten gaan niet terug naar een eigen land om hun hoge bloeddruk te behandelen, en de meesten van hen hebben weinig inkomen: 'van een kale kip valt niet te plukken'.

Gezien de juridische verplichtingen en medisch-ethische verantwoordelijkheden van zorgverleners is het uitsluiten van onverzekerden van medisch noodzakelijke zorg onhoudbaar, terwijl de administratieve complexiteit elke uitvoerbare oplossing in de praktijk frustreert.

## Negatieve gevolgen voor de gezondheid

Voor zorg gericht op het voorkomen van (complicaties van) ziekten - zoals hart- en vaatziekten en kanker- zal geen plaats meer zijn en dat zal de gezondheid van onverzekerde patiënten verder verslechteren.

Ook nu hebben onverzekerde patiënten een grotere kans op hartinfarcten, beroertes en complicaties van, bijvoorbeeld, diabetes omdat zij pas naar de dokter gaan als ze klachten hebben. Ze ontvangen bovendien geen preventieve zorg, omdat zij geen deel uit maken van de ketenzorg voor mensen met chronische ziekten in de eerstelijns (7,8). Ook kanker wordt bij hen vaak pas in een ver gevorderd stadium gediagnostiseerd (9), onder andere omdat mensen die niet bij de gemeentelijke basisadministratie staan ingeschreven niet worden opgeroepen voor bevolkingsonderzoeken in Nederland.

Wanneer niet-acute zorg niet langer wordt vergoed, zullen nog meer patiënten zich met gevorderde klachten presenteren – en zullen zorgverleners nog vaker afzien van opsporing en behandeling van chronische ziekten. Hierdoor zal het aantal noodzakelijke spoedoperaties verder toenemen en zal ook de ligduur in ziekenhuizen en noodzaak tot IC-opnamen stijgen (10, 11).

## Stijging in plaats van afname zorgkosten dreigt

De hierboven genoemde te verwachten toename van ernstige ziekten en complicaties zal dus leiden tot een toename van de zorgkosten, in plaats van een afname. Uit eerder onderzoek bleek al dat beperking van basiszorg voor bepaalde groepen (bijvoorbeeld vluchtelingen) in de bevolking leidt tot hogere zorgkosten bij deze groepen (12).

In een modelleringsstudie met data uit Duitsland, Zweden en Griekenland werd berekend dat wanneer iedereen toegang zou hebben tot de basiszorg voor hypertensie dit al na één jaar zou resulteren in

een kostenbesparing van ongeveer 9% in Duitsland en Griekenland en ongeveer 8% in Zweden, vergeleken met de situatie waarin er alleen toegang was tot alleen spoedeisende hulp. Toegang tot hypertensie-zorg zou gedurende hun leven ruim 330 beroertes en 220 hartaanvallen per 1000 patiënten voorkomen in ieder van die landen. Op vergelijkbare wijze kan het bieden van (preventieve) basiszorg aan zwangere vrouwen de prevalentie van laag geboortegewicht voorkomen (13).

## Maatregel brengt zorgverleners in problemen

Het onderscheid tussen acute en niet-acute zorg is voor zorgverleners praktisch onuitvoerbaar: is de hoest een chronisch rokershoestje of een symptoom van tuberculose? Wanneer zijn signalen van diabetes acuut?

Bovendien zijn artsen verplicht om alle medisch noodzakelijke zorg te verlenen. Hieronder wordt verstaan alle zorg volgens de gangbare professionele richtlijnen (14). Onderscheid maken tussen acuut en niet-acuut zou hulpverleners dan ook confronteren met onoplosbare ethische dilemma's. Het afdwingen van het maken van een dergelijk onderscheid is daarom niet alleen onwerkbaar, maar ook moreel verwerpelijk.

Zoals gezegd zal het uitsluiten van het vergoeden van niet-acute zorg verwaarlozing van klachten in de hand werken, die vervolgens zullen escaleren tot ernstige, spoedeisende en dure aandoeningen. In goed Nederlands: De business case voor het vergoeden van medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden is een no-brainer.

## Bezuiniging en betere zorg wel te bereiken

In plaats van veertig miljoen euro te bezuinigen op medisch noodzakelijke zorg moeten we kijken naar structurele oplossingen die binnen - of nauw verbonden met - de zorg zijn te realiseren. Een van die oplossingen is het verzekeren van mensen:

- Uitzendbureaus moeten zorgen dat EU-arbeidsmigranten een inschrijving krijgen bij de gemeente. Dit is een aanbeveling die in 2020 in het rapport Roemer genoemd wordt. Mensen blijven dan ook verzekerd als het werk net klaar is.
- Bij de opvangplek voor EU-migranten die dakloos zijn geworden blijkt in Rotterdam dat twee derde binnen enkele weken geholpen kan worden aan werk en huisvesting of ondersteund in terugkeer naar het land van herkomst. Deze opvang is dus onontbeerlijk! Als arbeidsmigranten te ziek of verslaafd zijn om hier een leven op te bouwen, is terugkeer naar hun land van herkomst aangewezen. Dit lukt hen niet zonder hulp van organisaties zoals Barka. Ondersteunen van deze organisaties kost weinig en levert veel op. Om deze patiënten geaccepteerd te krijgen in de zorgverlening in hun land van herkomst, moeten zij bij vertrek uit Nederland gestabiliseerd zijn; dat lukt alleen als zorgkosten vergoed worden.
- Nu worden mensen uitgeschreven uit hun zorgverzekering wanneer zij in detentie komen; vaak blijven ze tijden onverzekerd nadat ze weer vrij zijn. Naast deze automatische uitschrijving bij binnenkomst, zou daarom automatische herinschrijving bij de zorgverzekering bij vrijlating ingevoerd moeten worden.
- Commerciële zorgverzekeraars voor internationale studenten moeten zorgverzekeringen aanbieden waarbij het basispakket vergoed wordt. Nu kennen deze verzekeraars dure uitsluitingen. Ze speculeren op een extra vergoeding via de SOV-verzekering, omdat ze slechts gemaximaliseerd kosten bij bijvoorbeeld GGZ hulp bij suïcidaliteit vergoeden.

## Conclusie

Politiek: luister naar de wetenschappelijke, moreel-ethische en praktische bezwaren van zorgprofessionals, accepteer en verken actief de alternatieven voor deze bezuiniging.

De Stichting Nederlandse Straatdokters Groep, wetenschappers en een breed spectrum aan organisaties in de zorg en daarbuiten denken graag mee, ook in de relatie met zogenaamd flankerend beleid.

## Literatuurreferenties

1. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012; 380(9846),1011-1029.
2. Slockers MT. Mortality, Health Problems and Access to Care for Homeless People. Academisch proefschrift. Rotterdam, Erasmus Universiteit, 2021. Zie <https://repub.eur.nl/pub/136987/digitale-definitieve-versie-proefschrift-marcel-slockers.pdf>
3. World Health Organization. Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report: executive summary. WHO/EURO: 2019-3536-43295-60680.
4. Verschoor S. Zorg voor onverzekerden staat bol van de vastlopers. Medisch Contact 5 oktober 2022. Zie <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/zorg-voor-onverzekerden-staat-bol-van-de-vastlopers>
5. Van Dongen S, Rietjens R, Fluks E, Steens P, Wallaart D, van Beeck E. Medisch noodzakelijke zorg en maatschappelijke ondersteuning voor mensen zonder zorgverzekering in de regio Rotterdam-Rijnmond. Een evaluatiestudie. Rotterdam, Erasmus MC, 2023. Zie <https://cephir.nl/zorg-bij-onverzekerde-in-de-regio-rotterdam-rijnmond/>
6. Commissie Roemer. Geen tweederangsburgers. Aanbevelingen om misstanden bij arbeidsmigranten in Nederland tegen te gaan. Aanjangteam bescherming arbeidsmigranten 2020. Zie <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-404846f9-9f80-400f-90c3-0c9a8b0fd036/pdf>
7. Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Weissman JS, Schneider EC, Ginsburg JA: Undiagnosed hypertension and hypercholesterolemia among uninsured and insured adults in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Public Health 2003; 93:2051–2054
8. Zhang X, Geiss LS, Cheng YJ, Beckles GL, Gregg, EW, Kahn HS. The Missed Patient With Diabetes. How access to health care affects the detection of diabetes. Diabetes Care 2008; 31:1748–1753
9. Halpern MT, Bian J, Ward EM, Schrag NM, Chen AY. Insurance Status and Stage of Cancer at Diagnosis Among Women With Breast Cancer. Cancer 2007;110:403–11
10. Schwartz DA, Hui X, Schneider EB et al. Worse outcomes among uninsured general surgery patients: Does the need for an emergency operation explain these disparities? Surgery 2014;156:345-51
11. Manasyan A, Malkoff N, Johnson MB et al. Factors associated with delayed admission to the burn unit: A major burn center's experience. Burns 2024;50: 107288
12. Bozorgmehr K, Razum O. 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 2015; 10(7): e0131483.
13. FRA. Cost of exclusion from healthcare .The case of migrants in an irregular situation. Zie <http://fra.europa.eu/en/publication/2015/cost-exclusion-healthcare>
14. Commissie Klazinga. Arts en vreemdeling. Rapport van de commissie voor (dreigend) uitgeprocedeerde asielzoekers en illegale vreemdelingen. Utrecht, Pharos, 2007. Zie [file:///C:/Users/evanb/Downloads/2007\\_Arts\\_en\\_vreemdeling.pdf](file:///C:/Users/evanb/Downloads/2007_Arts_en_vreemdeling.pdf)