


# Gids voor starters en doorzetters in straat zorg








NEDERLANDSE  
**STRAATDOKTERS**  
GROEP



“De beste straatdokter vecht als een pitbull, maar bijt niet gemeen door. Je moet als een pitbull in de straatzorg staan, maar daarbij vrienden weten te maken. Dat is de beste manier om te zorgen dat je bereikt wat je bereiken wilt.”

- Straatarts



Inleiding	04
 1 Voor wie & waarom organiseer je straatzorg?	07
 2 Welke medische zorg is passend?	15
 3 Met wie kun je passende zorg bieden, en waar?	21
 4 Voorbeelden van straatzorgorganisaties	27
 5 Welke financieringsmogelijkheden zijn er voor straatzorg?	38
 6 Extra aandachtspunten voor jouw straatzorgpraktijk	52
 7 Al doende leren wat wel en niet werkt	59
Bijlagen	65



Klik op een puzzelstuk om direct naar het bijbehorende hoofdstuk te gaan

Het puzzelicoon rechtsonder brengt je terug naar deze pagina



# Inleiding

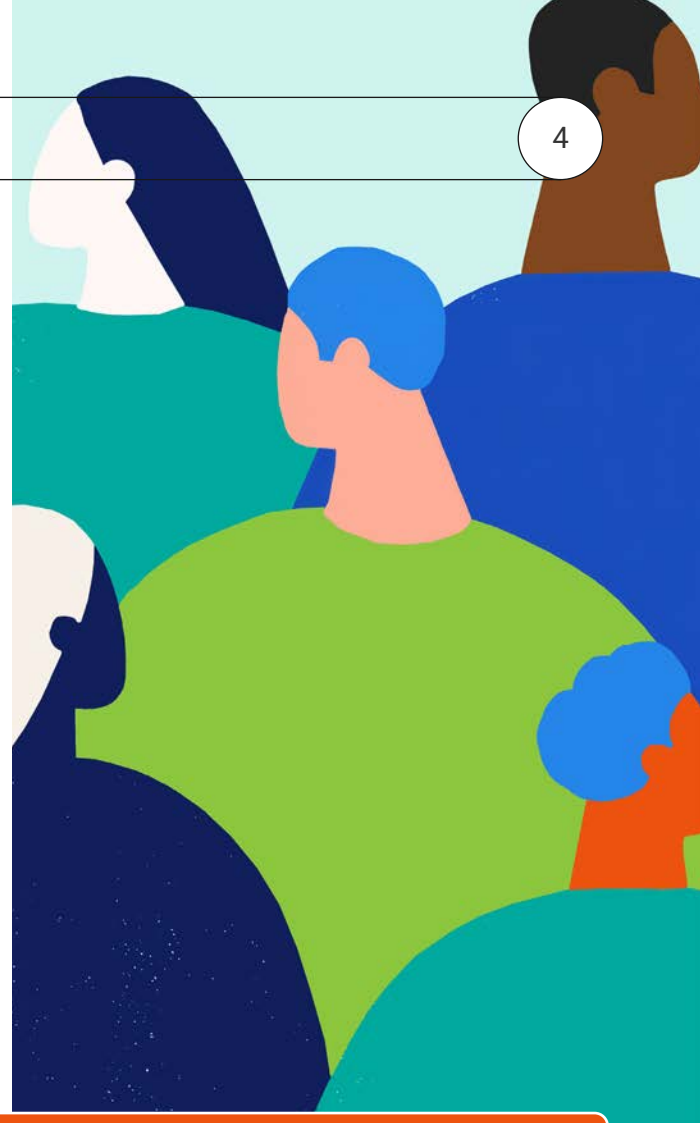
Deze gids is bedoeld voor zorgverleners, beginnend en ervaren, die medische zorg willen organiseren voor mensen die dak- en thuisloos zijn. Ook beleidsmedewerkers van gemeenten en professionals in het sociaal domein kunnen uit de eerste hoofdstukken van deze gids inspiratie putten om de toegang tot medische zorg voor deze doelgroep te organiseren.

In deze gids biedt de Nederlandse Straatdokters Groep (NSG) tips, praktijkvoorbeelden en verwijzingen naar verdiepende kennis en samenwerkingspartners. Het is nadrukkelijk géén blauwdruk. Want iedere straatzorgpraktijk is uniek, afgestemd op de lokale context en populatie.

## UITGANGSPUNTEN VOOR DEZE GIDS

Ieder mens heeft recht op toegang tot passende zorg. Straatzorg is het bieden van passende medische zorg aan mensen die dak- of thuisloos zijn<sup>1</sup>. Het goed organiseren van straatzorg levert veel op: betere zorg, meer menselijkheid, meer vertrouwen, minder persoonlijk leed, minder crises, minder bureaucratische drempels, lagere zorgkosten en meer veiligheid op straat.

Straatzorg vraagt om meer dan idealisme. Het vereist professioneel handelen, brede kennis en expertise, en oog voor de drempels die mensen ervaren bij het zoeken naar hulp. Veel



“Je wilt de praktijk niet professioneel dichttimmeren. Zorgverleners hebben ruimte nodig om passende zorg te bieden aan mensen die minder goed in reguliere settings terecht kunnen of passen qua geur, kleur, gedrag. Zo - al doende - bouwen zorgverleners ook expertise op.”

- Straatarts

<sup>1</sup> We volgen hiermee het [Institute for Street Medicine](#) dat straatzorg definieert als ‘the direct provision of health care to the unsheltered homeless where they live’. We sluiten hiermee ook aan bij de definitie van sociaal-medische zorg in de gids [Sociaal Medische Zorg aan dakloze mensen, Gids voor implementatie van bouwstenen in de praktijk](#). Sociaal-medische zorg is het integrale en persoonsgerichte aanbod van sociale zorg voor het behouden of verkrijgen van onderdak, inkomen, schuldhulpverlening en bezigheden, en medische zorg ter preventie en stabilisatie van problemen door verslaving, psychiatrische stoornissen, verstandelijke beperkingen, lichamelijke aandoeningen, gebitsproblemen en ontoereikende voeding.



mensen die dak- en thuisloos zijn, hebben negatieve ervaringen met (zorg)instellingen. Dat maakt het extra belangrijk om zorgvuldig te werken: laagdrempelig, betrouwbaar en mensgericht.

Niet alle problematiek is oplosbaar, hoe schrijnend soms ook. Straatzorg vraagt om realistische verwachtingen, zorgvuldige afwegingen en een lerende houding. Straatzorg vraagt ook om intensieve samenwerking met veel partijen in zowel het medische, sociale als veiligheidsdomein. Straatzorg is per definitie netwerkzorg. Niemand kan in zijn eentje effectieve stratzorg bieden.

Tot slot: stratzorg vraagt om een lange adem. Om zorg te ontwikkelen die aansluit bij de noden en behoeften van mensen zonder dak of thuis, om vertrouwen op te bouwen en om – al doende – drempels in de zorg te herkennen en te verlagen.

“Ik vind bij de NSG gelijkgestemden met dezelfde drive. Dat helpt om goede zorg te ontwikkelen én om minder gefrustreerd te raken. Dat is voor het thuisfront ook prettiger.”

- Straatarts

## TAAL DOET ERTOE. VOORKOM UITSLUITING

Taalgebruik is belangrijk: termen als daklozen, onverzekerden en ongedocumenteerden zijn juridisch functioneel, maar mogen geen uitsluiting veroorzaken. De NSG hecht er aan recht te doen aan ieder mens. De essentie van mens-zijn is je gezien en gehoord weten, zoals je bent.

In deze gids schrijven we soms over onverzekerden, onverzekerbaren en ongedocumenteerden. Dit doen we waar dit relevant is gezien de bepalende wet- en regelgeving. Deze bepaalt immers - in grote mate - de toegang tot zorg en financiering van zorg. Bijvoorbeeld: het niet hebben van een Burger Service Nummer (BSN) belemmert de toegang tot sociale zekerheden en reguliere zorg voor allen die niet beschikken over de juiste nationaliteit en bijbehorende verblijfsstatus en papieren. Ook EU-burgers hebben soms geen aantoonbaar recht op sociale voorzieningen.



## WAT VIND JE IN DEZE GIDS EN WAT NIET?

Deze gids biedt een praktisch kader om systematisch te kijken naar zorgvraag en zorgaanbod voor mensen die dak- en thuisloos zijn. We doen dat op basis van ervaringen van straatzorgverleners.

Deze gids is geen blauwdruk, maar bevat elementen om in je eigen omgeving te onderzoeken: wat is er al en waar kun je op voortbouwen? Je vindt in deze gids ook verwijzingen naar andere bronnen van informatie.

Je kunt deze gids gebruiken als:

Startdocument bij het opzetten van straatzorg

Reflectiekader voor bestaande initiatieven

Gespreksinstrument met gemeenten en zorgverzekeraars

Ondersteuning bij subsidieaanvragen

Deze gids richt zich op het organiseren van straatzorg, niet op de medische behandeling zelf. De focus ligt daarbij op de eerstelijnszorg, met huisartsgeneeskunde als basis. Richtlijnen en behandeladviezen vallen buiten de scope. Ook preventie van dakloosheid is niet meegenomen.

Deze gids is dynamisch en wordt eens in de zoveel tijd geactualiseerd. Klopt er iets niet of heb je aanvullende informatie, neem dan contact met ons op via [info@straatdokter.nl](mailto:info@straatdokter.nl). Voor collegiale consultatie kun je ook terecht in het Doctolib-connect netwerk van de NSG (voorheen Siilo).



## DANK

De Nederlandse Straatdokers Groep dankt iedereen die een bijdrage levert aan de zorg voor dak- en thuisloze mensen. Deze gids is tot stand gekomen door de inzichten van velen. Sommigen hebben hun praktijk opengesteld om van te leren. Anderen dachten mee over specifieke teksten om houvast te bieden aan collegae. Weer anderen verdiepten zich in de fitnesses van de financiering. De NSG kon deze gids schrijven door een subsidie van het ministerie van VWS in 2025.



## 1

# Voor wie & waarom organiseer je straatzorg?

## SAMENVATTING

Klopt je vermoeden dat er in jouw regio een groep mensen is die geen passende zorg ontvangt? Wie zijn deze dak- of thuisloze mensen, en welke barrières ervaren zij in de reguliere zorgverlening?

In hoofdstuk 1 vind je vragen die jou helpen om je eigen beeld te vormen van de mensen voor wie jij aan de slag wilt gaan. Kijk goed rond, voordat je begint met het organiseren van straatzorg. Maak kennis met je potentiële samenwerkingspartners: huisartsen, apotheek, organisaties voor maatschappelijke opvang, GGD en de bestuurders en professionals van de gemeente.

Beantwoord, met potentiële samenwerkingspartners, de vraag: wat is er in deze regio nodig om de zorg te laten aansluiten bij de noden en behoeften van de groep mensen die dak- en thuisloos zijn?

Na het toepassen van hoofdstuk 1 op jouw situatie, heb je een eerste netwerkanalyse uitgevoerd en weet je:

- Welke groep mensen zorg ontbeert, welke zorg ze missen, en hoe groot die groep ongeveer is;
- Welke barrières tot passende zorg in jouw regio verminderd zouden moeten worden;
- Welke zorg en ondersteuning er in jouw regio toegankelijk is voor mensen die dak- en thuisloos zijn;
- Welk hiaat straatzorg kan opvullen.



## INVENTARISATIE

Voordat je met een straatzorginitiatief start, is het essentieel om deze vragen te beantwoorden:

### **Wie hebben er (potentieel) straatzorg nodig, om hoeveel mensen gaat het, en waar kun je ze ontmoeten?**

De groep dak- en thuisloze mensen in een bepaalde stad of buurt verandert over de tijd, in grootte en samenstelling, en is per definitie gemêleerd. Vaak blijkt na de start dat de groep groter en/of gemêleerder is dan vooraf ingeschat. Ook veranderen de 'vindplekken'.

### **Welke barrières zijn er in de lokale toegang tot (huisartsen)zorg?**

### **Wat is het al bestaande lokale/regionale zorg- en ondersteuningsaanbod voor mensen die dak- en thuisloos zijn?**

Specifiek voor de zorgverlening: wat is het (potentiële) eerstelijns zorgaanbod en welke professionals zijn daar beschikbaar? En welke professionals in het sociaal domein of betrokken bij openbare orde en veiligheid helpen om mensen naar zorg toe te leiden?

### **Wat mist er? Ofwel: welk hiaat zie je in de zorg voor mensen die dak- of thuisloos zijn?**

Door deze vragen te beantwoorden, ontdek je voor wie er in jouw regio onvoldoende toegang tot passende zorg is. Ook zie je wat er al wel gedaan wordt.

Met jouw lokale netwerkanalyse breng je rollen, verantwoordelijkheden en samenwerkingsmogelijkheden in jouw regio in beeld. Hierdoor kun je antwoord geven op de vraag: Wat is er in deze wijk, gemeente, regio nodig?

“Kijk goed om je heen, voordat je begint. Wat loopt er goed en waar zitten de problemen? Hier bleek het moeilijk om mensen over te dragen aan de reguliere huisartsenzorg. En vanuit de huisartsenzorg komen straks ongetwijfeld vragen over het verwijzen naar GGZ en ziekenhuiszorg. Wij hebben als huisartsenorganisatie met de drie straatzorgorganisaties afgesproken: ‘wij gaan zorgen dat jullie je patiënten die je wilt overdragen, kunt overdragen naar een reguliere huisartsenpraktijk’. Dat hebben we toen in de algemene ledenvergadering van de huisartsenvereniging gebracht. We organiseerden ook een scholing over de zorg voor onverzekerde mensen, met één van de enthousiaste straatdokters, heel informatief. Dat helpt. Nu wordt deze aanpak uitgerold via bestaande huisartsennetwerken. Het vraagt om heldere afspraken én elkaar aanspreken waar nodig, ook in tijden van krapte en drukte. Eén van de straatzorgorganisaties doet de administratie, want we hebben samen vastgesteld: goede monitoring is belangrijk en de informatie moet centraal worden vastgelegd. Het is echt een project dat blijvende aandacht nodig heeft. We voeren het project uit met financiële en personele steun van het achterstandsfonds.”

- bestuurder van een organisatie voor huisartsenzorg in een grote stad



## WAT MAAKT DAT MENSEN DAK- OF THUISLOOS WORDEN?

Hoe welvarend en goed georganiseerd onze samenleving ook lijkt, er zijn altijd mensen die 'uit de boot vallen'. Een deel van die mensen leeft zonder dak of thuis, en krijgt meestal niet de zorg die hen juist goed verder zou helpen.

Stel jezelf als straatzorgverlener regelmatig de vraag: wat is er gaande in de samenleving waardoor sommige mensen de grip op hun leven verliezen en ook niet meer durven aankloppen bij de gezondheidszorg?

Je kunt als straatzorgverlener al deze problemen niet oplossen, maar je begrijpt wel beter wie er tussen wal en schip dreigen te raken. En hoe je hen kunt helpen om toch passende zorg te krijgen.

Wanneer je als straatzorgverlener aan de slag gaat, is het goed om te begrijpen hoe mensen zoal dak- of thuisloos kunnen worden.

Om je eigen oplettendheid te trainen, kun je jezelf de volgende vragen stellen:

Zijn er specifieke economische activiteiten die leiden tot arbeidsmigratie?

Zijn er economische ontwikkelingen waardoor ondernemers failliet gaan?

Stagneert de jeugdzorg- of GGZ keten, bijvoorbeeld door wachtlijsten, gebrekkige overdracht, wisseling tussen zorgaanbieders bij leeftijd van 18 jaar of te snel ontslag na crisisopname?

Hoe is de nazorg bij ontslag vanuit detentie georganiseerd?

Hoe is het uitzettingsbeleid van de woningcorporaties?

Hoeveel mensen ervaren dreigende armoede, bijvoorbeeld door een acute inkomensval?

Wordt meervoudige problematiek in zorginstellingen uitgesloten, waardoor er bijvoorbeeld geen plek is voor mensen met een lichte verstandelijke beperking of verslaving?



## BARRIÈRES TOT GOEDE ZORG BIJ PATIËNTEN EN BIJ ZORGVERLENERS

Straatzorg ontstaat waar mensen tussen wal en schip van de reguliere zorgverlening vallen. Uit onderzoek naar zorg voor dak- en thuisloze mensen komen diverse barrières naar voren. Welke hiervan herken je in jouw regio?

BARRIÈRES BIJ PATIËNTEN	BARRIÈRES BIJ ZORGVERLENERS
Geen postadres betekent ook geen zorgverzekering.	Angst voor storend gedrag in (de wacht-ruimte van) de praktijk.
Onverzekerd betekent vaak: geen geld voor zorg.	Wie betaalt er als mensen niet verzekerd zijn?
Mensen weten vaak niet waar ze terecht kunnen voor zorg en ondersteuning.	Dubbele diagnoses kunnen uitdagend zijn bij doorverwijzing, aangezien de zorgketen gevormd is rond enkelvoudige diagnoses.
Leven 'met de dag' staat soms haaks op aandacht voor gezondheid.	Onvoldoende zorgverleners, bijv. te weinig huisartsen of gesloten deuren bij de GGZ wanneer de politie aanklopt met een 'verward' persoon.
Zorg mijden door angst, wantrouwen, verslaving, onbegrip, schaamte, gevoel afgewezen te worden.	Communicatie kan ingewikkeld zijn als een zorgvrager een verstandelijke beperking, psychiatrische of cognitieve problemen heeft.
Taal- en cultuurbarrières.	Aannames: Mensen zonder dak of thuis kosten veel tijd, zijn lastig in de omgang, komen vaak niet opdagen. Zorg voor hen lijkt soms zinloos.



## WIE KUNNEN JE HELPEN OM STRAATZORG OP TE ZETTEN?

Verschillende professionals en organisaties kunnen je helpen bij het inventariseren voor wie en waarom je straatzorg wilt organiseren. Neem de tijd om deze analyse goed uit te voeren. Ga in gesprek met partners om je beeld te vormen, voordat je zorg gaat aanbieden en daarmee ook verwachtingen creëert.

In de tabel op de volgende pagina vind je een aantal kernactoren. In de meeste netwerken spelen zij een rol in het verlenen van zorg en ondersteuning aan mensen die geen dak of thuis hebben. Tijdens je inventarisatieronde kom je van ieder van hen te weten:

Welke zorg en ondersteuning bieden zij?

Waar ontmoeten zij mensen zonder dak of thuis?

Wie zijn dak- of thuisloos in jouw regio?

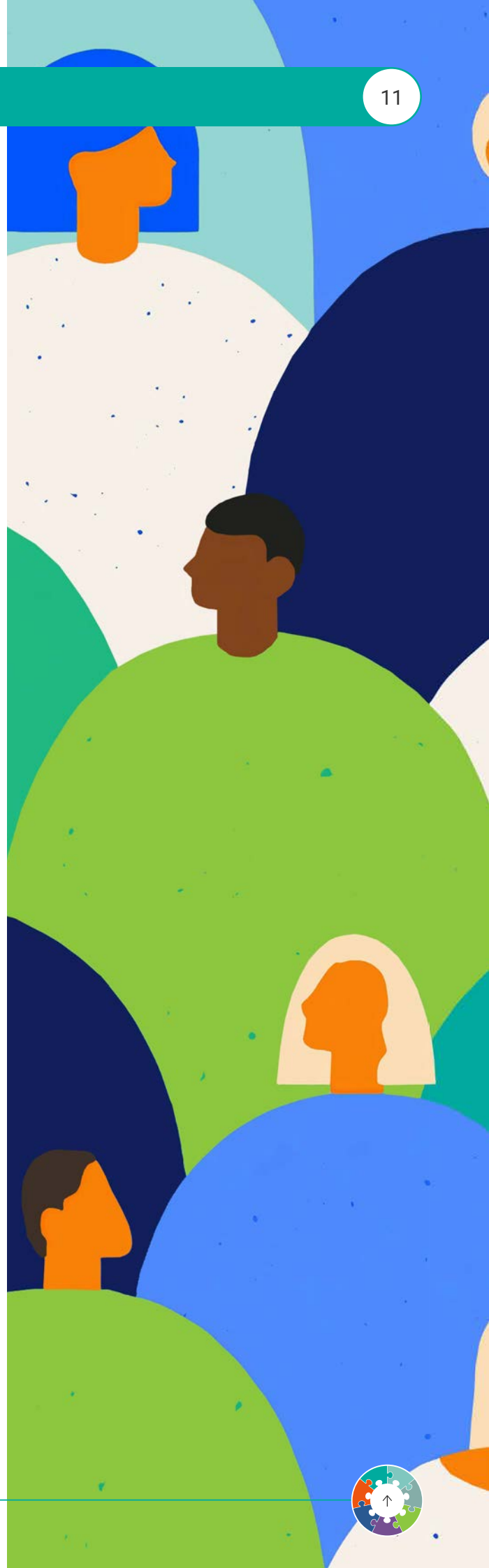
Welke barrières ervaren zij in de toegang tot zorg?

Welke (medische) zorg ontbreekt?

Wat hebben mensen nodig in de samenwerking met straatzorgverleners?

Welke samenwerkingspartners moet je nog meer leren kennen en hoe kom je in contact?

Naast de algemene vragen tijdens je inventarisatieronde zijn er ook specifieke vragen. Voorbeelden hiervan vind je in de tabel op de volgende pagina.



WIE OF WAT?	SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN	HOE KOM IK IN CONTACT?
<b>Huisartsen en Straatzorgverleners</b>	Specifiek middelengebruik? Wat wordt er verhandeld?  Hoe is het nazorgbeleid bij penitentiaire instellingen?	Via besloten omgeving <a href="#">Mijn NSG</a>
<b>Apotheek</b>	Is er een contract met CAK voor de Subsidieregeling voor Onverzekerden (SOV) en voor de regeling voor Onverzekerbare Vreemdelingen (OVV)?	Vraag de apotheek of kijk in de <a href="#">tabel voor regionale apothekersorganisatie</a> .
<b>Maatschappelijke Opvang (MO)</b> Denk o.a. aan dag- en nachtopvang, inlooplekken en eventuele gebruikersruimtes.	Hoe is het daklozenloket georganiseerd?  Wie zijn de veldwerkers, die mensen naar opvang en zorg toeleiden?  Is er toegang tot een huisarts/huisartsenzorg?	Via gemeente of GGD.
<b>De regionale huisartsen-organisatie</b>	Hoeveel huisartsen zijn er? Voldoende? Tekort?  Welke belangrijke ontwikkelingen zijn er binnen de eerstelijnszorg in de regio?  Zijn er specifieke overlegtafels, activiteiten of projecten relevant voor stratzorgverleners?  Is er aandacht voor dak- en thuisloze mensen in het regiobeeld? <a href="#">Ga hier naar zorgakkoorden regiobeelden en regioplannen</a> .	Vraag de huisarts(en) of kijk op: <a href="http://hechtehuisartsenzorg.nl">hechtehuisartsenzorg.nl</a>



## WIE OF WAT?

## SPECIFIEKE AANDACHTSPUNTEN

## HOE KOM IK IN CONTACT?

**GGD**

Data uit de gezondheidsmonitors?

Via [ggd.nl](https://www.ggd.nl)

Welke opdracht heeft de GGD voor kwetsbare inwoners (verschilt per gemeente)?

Zie ook '5 OGGZ doelgroepen beter in beeld'

**Gemeente**

Hoe krijgen mensen een postadres (noodzakelijk voor een zorgverzekering)?  
En een uitkering bij dakloosheid?

Kijk op [gemeente-wijzer.nl](https://gemeente-wijzer.nl) en [waarstaatjegemeente.nl](https://waarstaatjegemeente.nl)

Aanbod voor mensen die (geen) recht hebben op WMO-voorzieningen?

Visie op bemoeizorg/ vangnetzorg?

Samenwerking professionals openbare orde en veiligheid (OOV) en zorgverleners?

Welke beleidsmedewerkers en wethouder zijn het meest bij mensen zonder dak of thuis betrokken? Of de burgemeester?

Is straatzorg deel van het (volks)gezondheidsbeleid?

Is er een minimapolis? (een zorgverzekering voor mensen met een minimum inkomen)?

**Lokale organisaties die hulp bieden aan ongedocumenteerden en/of dakloze EU-burgers**

Waar komen mensen vandaan en waar willen ze naartoe?

Via straatzorgverleners

Aandachtspunten m.b.t. taal- en cultuur, relevant voor zorgverleners?

Via [Lampion](#)

Zie [bijlage 5](#)



## UITKOMST VAN DE INVENTARISATIE-FASE

Je hebt het lokale hiaat in de zorg voor mensen zonder dak of thuis onderzocht. Ook heb je het plaatselijke zorg- en ondersteuningsnetwerk geanalyseerd. Dan kun je nu de volgende vragen beantwoorden:

Wat voor type populatie zal gebruik gaan maken van straatzorg als je dit gaat aanbieden?

Hoeveel 'zorgvragers' mag je verwachten als je diensten aanbiedt?

Bij welk initiatief kun je aansluiten, met wie kan je samenwerken? Wat is er al opgezet, of start je bij nul?

Op dit moment kun je kiezen: wat kan je zelf al doen – binnen jouw dienstverlening – om de zorg voor dak- en thuisloze mensen te verbeteren en waar heb je anderen voor nodig?

De NSG heeft de ervaring dat het vrijwel onmogelijk is om in je eentje straatzorg aan te

bieden en daarmee kwaliteit en continuïteit van zorg te bieden aan een grote gemêleerde populatie. Straatzorg is netwerkzorg. Dat betekent investeren in samenwerking.

Persoonlijk contact maakt vaak meer mogelijk. Overweeg in deze fase een kennismakingsbijeenkomst te organiseren om de informatie uit je inventarisatieronde te delen.

Beantwoord – met potentiële samenwerkingspartners – de vraag: wat is er in deze regio nodig om de zorg te laten aansluiten bij de noden en behoeften van de groep mensen die dak- en thuisloos zijn?

Zo stem je de zorg en ondersteuning op elkaar af en voorkom je dubbele inzet en onduidelijkheid. Ook beperk je het risico dat je het onnodig zwaar maakt voor jezelf, of dat je eenzamer wordt dan hoeft. Denk aan het adagium:

**Alleen ga je sneller,  
maar samen kom je verder.**



## 2

## Welke medische zorg is passend?

### SAMENVATTING

In hoofdstuk 1 verkende je voor welke dak- en thuisloze mensen in jouw regio er extra zorg en ondersteuning nodig is. Dit hoofdstuk gaat over de zorg die ze missen.

Als de behoeften vooral liggen op het vlak van financiën en huisvesting dan zijn daar andere partijen voor. Deze gids ondersteunt je bij het bieden van medische zorg. Zoals je als straatzorgverlener niet álles kunt oppakken, kunnen ook anderen dat niet. Daarom is het essentieel dat straatzorg aansluit bij andere initiatieven die de gezondheid van mensen zonder dak of thuis beschermen en bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan het verbeteren van (tijdelijke) opvang of beschermd wonen.

In dit hoofdstuk zoomen we in op drie vragen. Welke medische zorg ontbreekt? Welke diensten wil jij aanbieden? En welke aanvullingen op het basisaanbod van een huisarts lijken wenselijk?

Na het toepassen van hoofdstuk 2 op jouw situatie, heb je verhelderd:

- Of er behoefte is aan medische zorg;
- Welke zorgvragen je kunt verwachten;
- Welke diensten je gaat aanbieden.



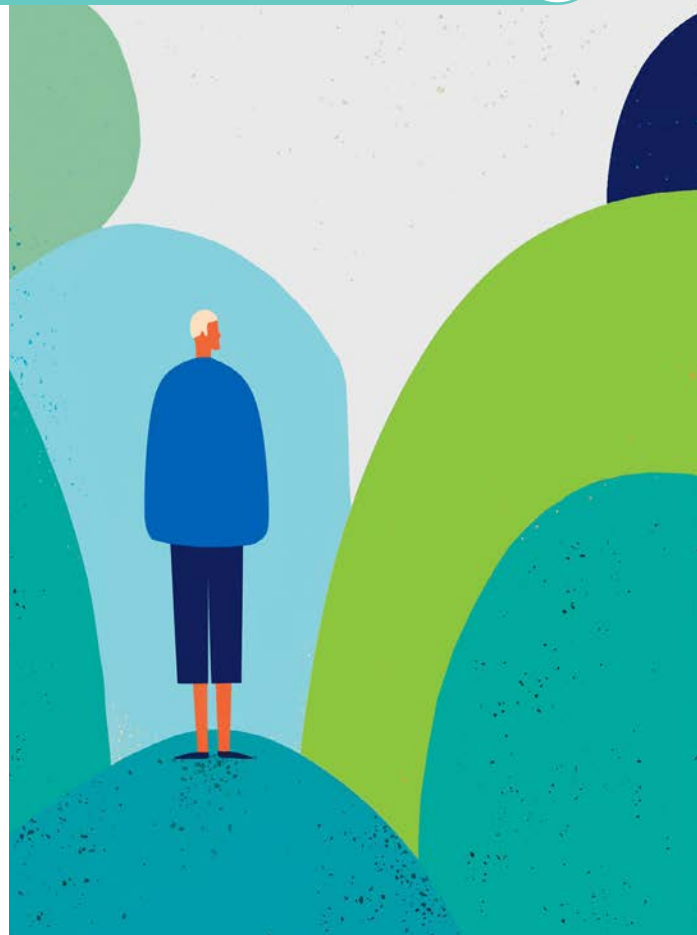
## WELKE MEDISCHE ZORG MISSEN DE MENSEN ZONDER DAK OF THUIS IN MIJN REGIO?

Mensen die zonder dak of thuis leven, zijn een stuk ongezonder dan het gros van de rest van de bevolking. Volgens Rotterdams onderzoek leven dak- en thuisloze mensen gemiddeld 14 tot 16 jaar korter<sup>1</sup>. Een kwart van hen heeft één of meer verslavingen, zo blijkt ook uit andere Nederlandse onderzoeken. Er is meer psychiatrische problematiek, en ook hebben relatief veel mensen een licht verstandelijke beperking.

Straatzorgverleners constateren in hun praktijken meer infecties, voetproblemen, verwondingen en chronische ziekten (hoewel er minder chronische ziekten worden geregistreerd en behandeld)<sup>2,3</sup>.

Bij navraag onder 157 mensen die dak- en thuisloos waren bleek 30% geen toegang tot een huisarts te hebben, al hebben ze daar wel behoefte aan<sup>4</sup>. Straatzorgverleners ervaren de doorverwijzing naar de GGZ – inclusief de verslavingszorg – als veel ingewikkelder dan je bij de klachten van hun patiënten zou wensen<sup>5</sup>. Bij de tandarts zijn de meeste patiënten al lang niet geweest.

Zijn in jouw omgeving vergelijkbare zorgbehoeften te verwachten bij de mensen die dak- of thuisloos zijn? Wanneer je een stratzorgpraktijk wilt opzetten, is het nuttig om je alvast een beeld te vormen van de zorgvragen die je kunt verwachten. Al doende zul je dat beeld ongetwijfeld ook weer gaan bijstellen, zoals ook de groep dak- en thuisloze mensen doorlopend van samenstelling verandert.



“We hebben geen ziekenboek, wel bedden bij de maatschappelijke opvang waar 24-uurs thuiszorg geleverd kan worden. Bij intensieve medische zorg moeten we andere oplossingen zoeken. We overleggen nu met het Leger des Heils, maatschappelijke opvang en het zorgnetwerk om de palliatieve zorg te verbeteren.”

- Straatarts

<sup>1</sup> Slockers (2021), [Mortality, Health Problems and Access to Care for Homeless People](#).

<sup>2</sup> Slockers (2017), [Gezondheidsproblemen bij daklozen](#).

<sup>3</sup> Van den Muijsenbergh & Guikers (2025), [The nature and extent of primary care provided in dutch street medicine practices](#) – nog te publiceren data

<sup>4</sup> Verheul (2020), [Self perceived health problems and unmet care needs of homeless people in the Netherlands the need for pro active integrated care](#).

<sup>5</sup> Van den Muijsenbergh & van Dijk (2025), [Barriers and facilitators in healthcare accessibility for street medicine patients in the Netherlands: a mixed-methods approach exploring street medicine professionals' perspectives](#) – nog te publiceren data



## WELKE DIENSTEN GA JE AANBIEDEN?

Na het in kaart brengen van de doelgroep, de omvang en de aard van de zorgvraag is het belangrijk om te bepalen welk deel van die zorgvraag je wilt en kunt oppakken.

Met andere woorden: welk zorgaanbod gaat jouw initiatief daadwerkelijk leveren, en waar richt je de organisatie op in?

We gaan in deze gids uit van huisartsenzorg voor iedereen, ook voor mensen die dak- of thuisloos zijn. Ook voor hen vormt het basisaanbod uit het Aanbod Huisartsgeneeskundige Zorg (LHV, 2022) in ieder geval de kern: de eerste opvang van gezondheidsklachten; het inventariseren van de hulpvraag; het stellen van een diagnose; het samen met de patiënt (en eventueel begeleider) bepalen van het beleid. Zo nodig verwijzen naar aanvullende diagnostiek of behandeling.

“Kies zorgvuldig welke verantwoordelijkheid je wilt opnemen. Een voorbeeld is de winterkoude opvang. We zijn daar spreekuur gaan draaien, zonder dat er een verpleegkundige was die daar regelmatig rondliep om dingen op te volgen.

Je kunt pas een bepaalde verantwoordelijkheid op je nemen als er ook een aantal dingen geborgd zijn. Er moet een spreekkamer zijn, en ook na jouw spreekuur moet er iets mogelijk zijn. Over dat soort randvoorwaarden moet je goed nadenken. Anders is het eigenlijk niet zo zinvol wat je doet. Ondanks alle goede bedoelingen. En dat kan ook weer het kwetsbare vertrouwen schaden van de mensen die zorg nodig hebben.

Als je het niet goed organiseert met zijn allen, dan levert dat teleurstellingen op. Daar moet je, denk ik, heel voorzichtig mee zijn. Voor jezelf, maar ook voor de mensen die je bedient.”

- Straatarts



## MOGELIJKE AANVULLINGEN OP HET BASISAANBOD

Afhankelijk van de specifieke zorgvragen in de doelgroep en het bestaande aanbod in de regio, kan het nodig of wenselijk zijn om het basisaanbod uit te breiden. Dat kan op veel manieren.

Denk bijvoorbeeld aan:

Vaccinaties, zoals de jaarlijkse grieprik of doelgroepgerichte vaccinatiecampagnes (o.a. Covid, pneumokokken of maternale kinkhoest).

Medische zorg in (crisis)noodopvang of winterkoude-opvang.

Advies aan opvangplekken over gezondheidsbevordering, bijvoorbeeld door hygiëne en voedselaanbod.

Tijdelijke medische opvang (ziekenboeg) voor kortdurende, laag-complexe aandoeningen (zie ook [bijlage 8](#) voor linkjes naar informatie over ELV-bedden).

Begeleiding van palliatieve zorgtrajecten, ook in situaties waarin patiënten in een tijdelijke opvang verblijven.

Organiseren en uitvoeren van chronische zorgprogramma's.


Extra zorg voor psychosociale problematiek, bijvoorbeeld via POH-GGZ.

Preventie en schadebeperking, bijvoorbeeld door sputtomruil, screening op tuberculose, aanbod van anticonceptie en voorbehoedsmiddelen, toegang tot de bevolkingsonderzoeken naar borst-, darm- en baarmoederhalskanker.

Uitvoeren van aanvullende diagnostiek en verrichtingen (bijv. kleine chirurgie, longfunctieonderzoek, ECG, 24-uurs bloeddrukmeting).

Actieve 'bemoeizorg' voor mensen die zorg mijden of moeilijk in beeld zijn, bijvoorbeeld bij gebruikersruimtes.





“Toen ik begon, dacht ik dat we niet wisten wie we moesten helpen. Inmiddels is mijn beeld veel duidelijker: we hebben heel veel mensen van wie we wél weten wat ze nodig hebben, maar voor wie in 'de systemen' geen ruimte lijkt. Daar moet je invloed op kunnen uitoefenen, zodat je niet verzuurt, afbrandt of gewoon zinloos bezig bent met zijn allen. Per setting kijken: wat is hier nodig en dit dan creëren. In sommige gemeenten zul je niet een hele ziekenboeg inrichten, maar moet je wel een mogelijkheid hebben om iemand van de straat op te nemen die wondzorg nodig heeft. Dus dat moet op een andere manier in de buurt tot je beschikking zijn.”

- Straatarts

Door vooraf helder te bepalen welk zorgaanbod je wilt leveren, wordt ook duidelijk hoe de organisatie moet worden ingericht en welke financieringsmogelijkheden passen. Het zorgaanbod is de basis waar organisatie en financiering logisch op aansluiten.

Tip: Ga vooral op zoek naar goede voorbeelden elders in het land. Leer van de ervaringen van collega's die je voorgingen. Vraag NSG om mee te denken over vergelijkbare initiatieven, zodat je onderling contact kan leggen.

[MELD JE AAN VOOR MIJN NSG](#)



“De GGZ in onze regio worstelt met personeelstekorten en lange wachtlijsten. Via het netwerk van de straatdokters kwam ik in contact met een verpleegkundig specialist GGZ, die onze regio in verhuisde. Toen heb ik tegen de gemeente gezegd: ik heb iemand op het oog die ik heel graag zou willen laten werken, met als voordeel dat we dan niet afhankelijk zijn van de reguliere GGZ. De gemeente vond dat een goed idee en nu werken we samen in de maatschappelijke opvang. De subsidie daarvoor loopt via de maatschappelijke opvang. En zij is daar als ZZP-er in dienst. Wekelijks hebben we zo iemand in huis die zowel ervaring heeft in de GGZ, als in de verslavingszorg. En het leuke is dat zij ook werkt bij de crisisopname van de GGZ. Veel van de mensen die daar opgenomen zijn geweest, komen terug bij de maatschappelijke opvang. Zij kent ze, kan beter met ze meedenken. Ja, dit is echt een kwaliteitsverbetering.”

- Straatarts

“In onze regio krijg ik mijn patiënten moeizaam tot niet overgedragen naar de verslavingszorg. Ik heb geprobeerd specialistische zorg in te kopen in onze maatschappelijke opvang. Wij hebben nu afgesproken dat we een POH - GGZ gaan inzetten om 'het stelsel' aan te jagen en misschien ook een stukje begeleiding te doen van de patiënten. Er blijft gewoon een hoop zorg liggen; dat is af en toe heel schrijnend.”

- Straatarts

“We hebben een subsidie gekregen van onze zorgverzekeraar om gedurende een jaar een pilot te organiseren bij het daklozenloket. Doel is het inzetten van een sociaal-medische screening, zoals beschreven in ‘Sociaal medische zorg aan dakloze mensen: handreiking voor implementatie van bouwstenen in de praktijk.’ [Zie PDF](#). We gaan zien wat uitvoerbaar blijkt in de praktijk: veel mensen in de maatschappelijke opvang willen eenvoudigweg een dak boven hun hoofd. Ze zijn zelf nog niet altijd bezig met hun gezondheid.”

- Straatarts



## 3

## Met wie kun je passende zorg bieden, en waar?

### SAMENVATTING

Na de vorige hoofdstukken weet je dat er behoefte is aan meer of andere 'zorg op maat' voor dak- en thuisloze mensen in jouw regio. Je hebt verschillende potentiële samenwerkingspartners geïdentificeerd. En je weet welke medische zorg je zelf wilt gaan aanbieden.

Dit hoofdstuk gaat over straatzorg als netwerkzorg. We staan stil bij het belang van breed en systematisch kijken naar je samenwerkingspartners. Het tekenen van een sociale kaart helpt daarbij. Ook geven we praktische tips voor samenwerking. Van belang is verder het zorgvuldig kiezen van de locaties om de zorg aan te bieden.

Na het toepassen van hoofdstuk 3 op jouw situatie, ben je weer een stap verder:

- Je hebt jouw sociale kaart in beeld.
- De eerste samenwerkingsrelaties heb je verstevigd.
- Je weet welke afspraken belangrijk zijn voor een soepele samenwerking en voor goede zorg.
- Je weet de locatie(s) waar je jouw straatzorg wilt aanbieden.



## STRAATZORG IS NETWERKZORG

Straatzorg betekent bijna altijd: werken over de grenzen van zorginstellingen en het sociaal domein heen.

Als straatzorgpraktijk ben je dus onderdeel van een breder netwerk. Je hebt je partners én hun inspanningen nodig om toegankelijke zorg te kunnen bieden.

Goede zorg vraagt om kwaliteit in het directe contact met de cliënt én om continuïteit in de zorg die je start. Dat betekent dat je samen duidelijke afspraken maakt over instroom, doorverwijzing en uitstroom. Ook in straatzorg streven we – waar mogelijk – naar integrale samenwerking.

Straatzorg is dus netwerkzorg: [bijlagen 2 t/m 5](#) laten zien hoeveel partijen hierbij een rol kunnen spelen. Met deze bijlagen kun je lokaal je primaire samenwerkingspartners in kaart brengen.

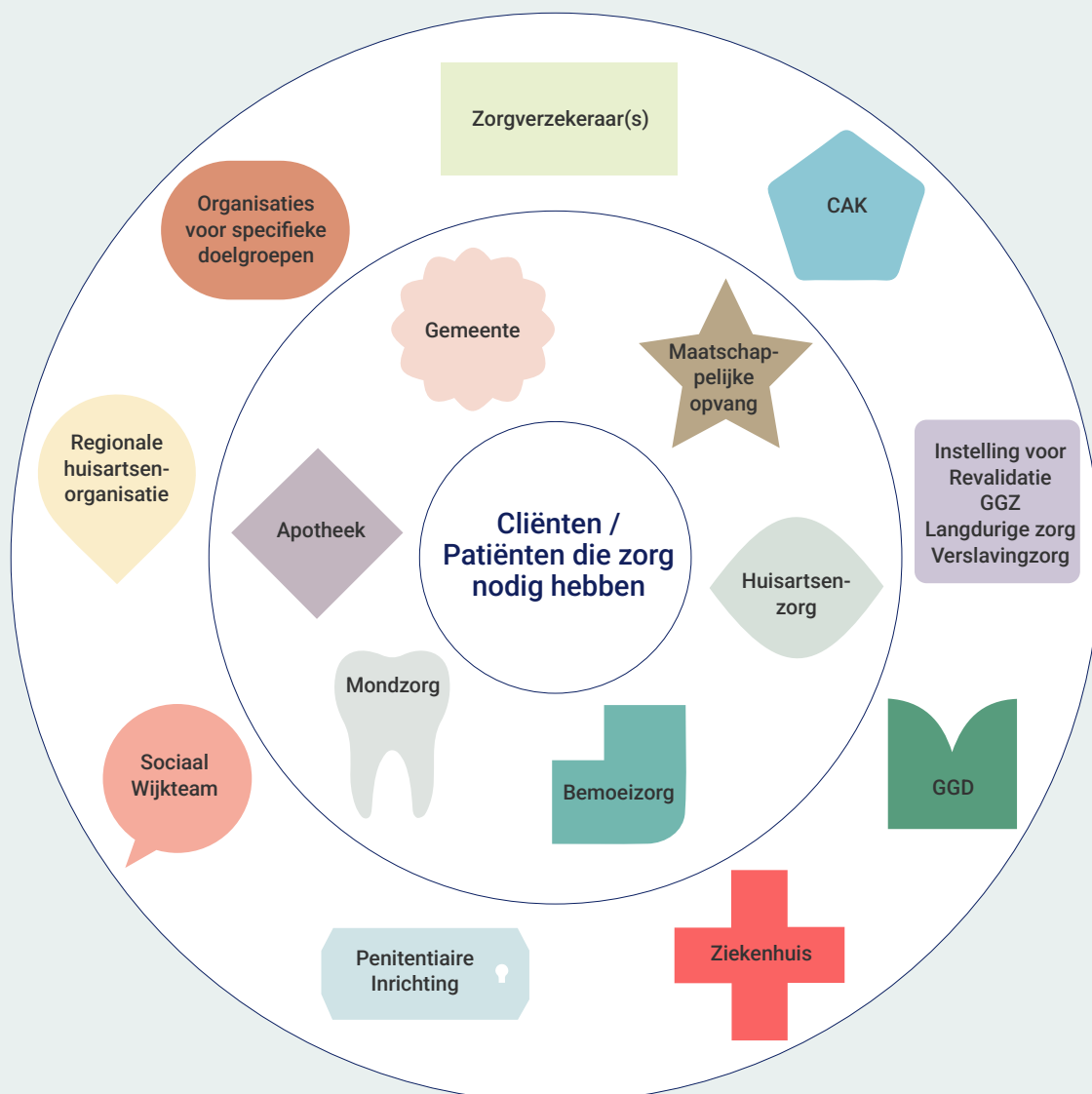
“Ik heb contact gezocht met een apotheek die van mij alle voorschriften krijgt voor de patiënten die dak- en thuisloos zijn. Zo’n apotheek moet enigszins ruggengraat hebben. Want natuurlijk krijg je af en toe één of twee mensen binnen die bijzonder gedrag vertonen. De apotheker moet ook weten hoe de financiële weg loopt om geld te krijgen. En de locatie moet centraal liggen: dichtbij ons en dichtbij de patiënten.”

- Straatarts



## TEKEN EEN SOCIALE KAART

Het kan helpen om een lokale sociale kaart te tekenen voor samenwerkingspartners. Een goed startpunt voor het maken van een sociale kaart is [Digitale Sociale Kaart Nederland](#) of [Daklozen - Digitale Sociale Kaart Nederland](#). Vaak ontstaat er een binnenste ring van nauw samenwerkende partners, die proactief bijdragen aan het opzetten en verder ontwikkelen van straatzorg. Daaromheen is er vaak een schil van partners die – veelal specifiekere – bijdragen kunnen leveren. Denk aan zorginstellingen voor GGZ, verslavingszorg, [revalidatiezorg](#), instellingen voor langdurige zorg, palliatieve zorg en hulpmiddelen (bijv. rolstoel, bril), fysiotherapie, logopedie, diëtiëk. Het netwerk ontwikkelt zich op geleide van de signalen en analyse van de populatie voor wie je straatzorg organiseert.



“Wij, huisartsen, moeten niet in de frontlinie blijven staan, maar juist voortbouwen op de kracht van POHs die ook verpleegkundige zijn. De zorgvragen zijn sterk toegenomen en zijn lang niet altijd puur medisch. Naarmate de complexiteit toeneemt, kan juist een verpleegkundig specialist (VS) of een Physician Assistant (PA) worden ingezet als zorgverlener en verbinder. Met hun inzet heb je meer mogelijkheden om flexibel te reageren.”

- Straatarts

## PRAKTISCHE TIPS VOOR SAMENWERKING:

### Leer elkaar kennen

Persoonlijk contact maakt meer mogelijk. Wie zijn de collegae in de maatschappelijke opvang, wie de straatzorgverleners? Wie zijn de betrokkenen bij de gemeente, de zorgverzekeraar en de regionale huisartsenorganisatie? Wat hebben jullie van elkaar nodig?

### Loop eens mee tijdens spreekuren, op verschillende locaties.

### Organiseer een kennismakings- of informatiebijeenkomst.

Bijvoorbeeld een presentatie over de aanpak en waarde van straatzorg voor ambtenaren en/of gemeenteraadsleden.

» [Zie hier een voorbeeldpresentatie](#)

### Start in het overleg met kleine en concrete punten.

Benoem één of twee knelpunten die regelmatig voorkomen (bijv. het niet kunnen verwijzen van specifieke patiënten, het heractiveren van de zorgverzekering na ontslag uit de gevangenis of het verstrekken van doorlopende medicatie bij chronische ziekten).



“Als ik het opnieuw zou kunnen doen, dan denk ik dat ik eerder intensiever was aangehaakt bij de regionale huisartsenorganisatie. Wij hebben met onze zorggroep inmiddels de passantenpraktijk overgenomen, waarin de straatzorgtak is opgenomen. Het is nieuw dat de zorggroep eigenlijk reguliere huisartsenzorg gaat verzorgen. Dat was toen ik startte met straatzorg niet mogelijk geweest. Maar in de huidige tijd zou ik zeggen: kijk gelijk of je het met de zorggroep kunt oppakken. Daar zitten vaak ook de mensen met expertise over hoe je een project opzet, hoe je daar de juiste mensen bij betrekt en hoe je agendeert dat dingen terugkomen. Dat is echt wel fijn als je dat niet allemaal zelf hoeft te doen.”

- Straatarts

“Ik werk graag samen met de verpleegkundige van de GGD. Zij onderhoudt ook belangrijke patiëntencontacten buiten onze regio. Zij brengt mensen bij ons. We communiceren over wat er met de zorg van bepaalde patiënten moet gebeuren. De GGD krijgt eerder en meer signalen van mensen op straat dan wij, denk ik. En als ik een patiënt kwijt ben, kan zij diegene nog wel eens wat makkelijker opzoeken omdat ze bij bestanden kan waar ik als huisarts niet bij kan.”

- Straatarts

“Het is bijna ondoenlijk om alle afdelingen in een ziekenhuis vaak genoeg langs te gaan om contacten op te bouwen. Toen dachten we: wie in het ziekenhuis regelt de overdracht van mensen die het ziekenhuis uitkomen? Samenwerking met de transferverpleegkundigen werkt echt super! We hebben inmiddels een aantal transferverpleegkundigen bij ons gehad om mee te kijken. Vervolgens hebben we met hen goede samenwerkingsafspraken kunnen maken.”

- Straatarts

“In onze regio is de GGD de spil in de zorg. Als huisarts ben ik het gezicht van straatzorg in onze gemeente geworden, maar dat is onterecht want onze GGD-verpleegkundige doet de dagelijkse spreekuren. We werken nauw samen en daardoor hoef ik maar een halve dag per week beschikbaar te zijn. We hebben afgesproken dat als hij aangeeft dat er door de week heen medische zorg nodig is, die patiënt op het spreekuur komt of dat ik eventueel een visite doe. Er komen ook een heleboel vragen waarvoor niet persé een dokter nodig is. Onze verpleegkundige is ook de verbinding naar de maatschappelijke organisaties. Zonder hem zou ik dit werk helemaal niet kunnen doen. Voor mij is de samenwerking met de GGD onmisbaar.”

- Straatarts



## LOCATIES VOOR STRAATZORG

Afhankelijk van de analyse van de populatie (potentiële) zorgvragers, het type zorg dat je gaat verlenen en de beschikbare ruimtes, bepaal je waar en wanneer je spreekuren of andere contactmomenten organiseert.

Zorg kan bijvoorbeeld plaatsvinden in bestaande huisartsenpraktijken, maar ook op of nabij 'vindplekken': plekken waar mensen die dak- en thuisloos zijn verblijven. Denk bijvoorbeeld aan inloopvoorzieningen en opvanglocaties. Het voordeel daarvan is dat mensen op één plek zowel medische zorg als ondersteuning op andere levensdomeinen vinden (het 'one door principle'). Dat maakt de zorg toegankelijker en integraler, én het versterkt de samenwerking met verschillende organisaties. Denk ook aan zorg op straat, bijvoorbeeld naast de soepbus, onder de brug, of in een gebruikersruimte. In de praktijk is vaak een combinatie van locaties nodig om een gemêleerde groep mensen goed te kunnen bereiken.

Specifieke aandachtspunten:

Waar bevinden mensen zich, en waar zoeken zij zorg?

Hoe passend is de setting om goede zorg te bieden? En hoe versturend kan de zorg aan dak- en thuisloze mensen met complexe problematiek zijn voor andere patiënten in een reguliere zorgomgeving?

Met wie organiseer je welk spreekuur of welke vorm van 'bemoeizorg', zodat zowel zorgverleners als patiënten zich veilig voelen?

"Ik vind de intensieve samenwerking met de verpleegkundigen een steun. Wij doen het spreekuur altijd samen. Je kunt met zijn tweeën even nadenken. Als mensen problematisch gedrag vertonen, kun je er met zijn tweeën mee omgaan. Af en toe gaan we naar een tentenkampje, ook dan is het fijn om samen te zijn voor de veiligheid."

- Straatarts

"We zijn - op mijn verzoek - aan het kijken naar een extra plek buiten de maatschappelijke opvang, zodat ik ook een open inloopspreekuur kan creëren. Ik denk dat er nog veel mensen rondlopen die gewoon geen toegang hebben tot zorg en die niet weten dat wij in de MO zitten. Ik zie namelijk heel wat mensen in de stad rondlopen waarvan ik denk: 'die heb ik nog nooit gezien...'. Dus ja, volgens mij is er nog wel wat werk aan de winkel."

- Straatarts



## 4

## Voorbeelden van straatzorgorganisaties

### SAMENVATTING

Je weet nu op wie je je wilt richten met je straatzorg, welke medische zorg nodig is, waar je dat wilt doen en met wie je gaat samenwerken. Maar hoe organiseer je dat? Grofweg zijn er vier manieren. Elke vorm heeft voordelen en aandachtspunten. De kernvraag blijft bij elke vorm dezelfde: 'Hoe borg je de kwaliteit en continuïteit van medische zorg; ook bij uitval van gemotiveerde straatzorgverlener(s)?'

In hoofdstuk 4 vind je een korte beschrijving van vier 'praktijktypen' met voorbeelden, voordelen en aandachtspunten. Aan het eind van dit hoofdstuk vind je een overzicht van verschillende samenwerkingsovereenkomsten en rechtsvormen voor straatzorg. Juridisch advies over de voor jouw straatzorgpraktijk best passende vorm kan wenselijk zijn, maar zal 'op maat' gezocht moeten worden.

Leer ook hier van de ervaringen van collegae straatzorgverleners.

ZIE MIJN NSG

Na het toepassen van hoofdstuk 4 op jouw situatie:

- besef je dat iedere organisatievorm van straatzorg voor- en nadelen heeft;
- kun je kiezen welke vorm passend is voor jouw situatie, rekening houdend met jouw mogelijkheden, de mogelijkheden van je partners, de beroepscode, wet- en regelgeving;
- weet je of je behoefte hebt aan fiscaal en juridisch advies 'op maat'.



## VIER VOORBEELDEN OM STRAATZORG TE ORGANISEREN

Er zijn geen twee straatzorgorganisaties in Nederland identiek. Dat komt omdat initiatiefnemers aan de slag zijn gegaan en stap voor stap zijn gaan (uit)bouwen. Al doende formaliseerden ze wat werkt en vermeden ze wat niet werkt. Ze sloten daarbij zoveel mogelijk aan op de lokale situatie: de doelgroep, het maatschappelijk veld, de steun van zorgverzekeraar en gemeente, het beschikbare geld.

Anno 2025 zien we in Nederland enkele praktijken die zich specifiek richten op de zorg voor dak- en thuisloze en/ of onverzekerde mensen. Straatzorg in of parallel georganiseerd aan een huisartsenpraktijk lijkt het meest voor te komen. Vaak is daarbij overigens ook sprake van een nauwe samenwerking met verpleegkundigen of verpleegkundig specialisten die in de publieke gezondheidszorg of het sociaal domein werken.

Zie op de volgende pagina's voorbeelden en aandachtspunten van de verschillende varianten.



## EEN PRAKTIJK, SPECIFIEK VOOR DAK- EN THUISLOZE MENSEN EN/OF ONGEDOCUMENTEERDE MENSEN

Deze praktijken bieden (bijzondere) huisartsenzorg voor een populatie die ze al langere tijd kennen en waarvan is gebleken dat deze mensen bijzondere zorg vragen. Het aantal zorgvragers is groot genoeg om een separate praktijk te organiseren.

### VOORBEELDEN

Straatzorgpraktijk Rotterdam.

» [Straatzorg Rotterdam: Zorg moet voor iedereen beschikbaar zijn](#)

Kruispost Amsterdam (speciaal gericht op zorg voor onverzekerde mensen)

» [Kruispost - Zorg voor onverzekerden in Amsterdam](#)

### VOORDELEN

Het verbeteren van de (toegang tot) zorg ligt binnen je eigen invloedssfeer.

Er is kennis en expertiseopbouw door de schaalgrootte.

### AANDACHTSPUNTEN

Zijn de financiële risico's voldoende afgedekt, ook bij vertraging of terugloop in de inkomsten, bijvoorbeeld door veranderingen in de CAK-regelingen?

Hoe is de doorstroom naar de reguliere zorg georganiseerd?



## HUISARTSENPRAKTIJK 'MET STRAATZORGTAK' (HUISARTSENZORG PLUS)

Er is één huisarts(praktijk) die in de gemeente of regio de functie van 'spin in het web' vervult. Deze kent de wegen om de toegang tot medische zorg voor dak- en thuisloze mensen in de regio te verkennen of uit te breiden. De medische zorg wordt geboden in de eigen praktijk, in de maatschappelijke opvang of op straat. Voor andere zorgverleners en organisaties die met dak- en thuisloze mensen werken, vormt deze huisartsenpraktijk een duidelijk aanspreekpunt. De ontwikkeling van de straatzorgpraktijk gaat vaak in nauwe afstemming met de regionale huisartsenorganisatie en/of gemeente, om de financiering sluitend te krijgen.

### VOORBEELDEN

Het Tilburgs model voor Sociaal-medische zorg en [SHG Vaillantplein in Den Haag](#).

### VOORDELEN

Door te werken vanuit een bestaande huisartsenpraktijk kun je makkelijker aansluiting vinden bij de mogelijkheden en netwerken die er lokaal zijn in de reguliere zorg. Een praktijk die zich extra inzet voor straatzorg, kan ook leiden tot optimalisatie van eerstelijns medische zorg in de regio voor mensen die dak- en thuisloos zijn.

### AANDACHTSPUNTEN

Het vormgeven van het zorgaanbod is mede afhankelijk van de bestaande praktijkvoering in de deelnemende huisartsenpraktijk(en) en de afspraken met de leidende zorgverzekeraar in de regio. Zo is de toegang tot gelden voor organisatie en infrastructuur veelal via de zorgverzekeraar georganiseerd. Ook de keuze voor (aanpassingen in) het HIS wordt vaak regionaal georganiseerd.

Als de maatschappelijke opvang optimaal is georganiseerd, dan is de belasting van de huisartsen(zorg) beperkter. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de inschrijving in de zorgverzekering en de straatzorgpraktijk.



## VERPLEEGKUNDIG-GESTUURDE STRAATZORG

Straatzorg waarbij verpleegkundigen 'in the lead' zijn. Zij zijn vaak in dienst van een GGD, het Leger des Heils, een buurtzorgteam, een bemoeizorgteam of de gemeente. De focus van de medische activiteiten ligt op het toeleiden van mensen naar en door de zorgketen en het opvolgen van behandeladviezen. Daarbij wordt nauw samengewerkt met huisartsen en andere professionals in de eerste- en tweedelijnszorg. Vaak ontstaat deze zorg in gemeenten waarin één of meerdere organisaties voor maatschappelijke opvang of bemoeizorg de noodzaak voelen om de zorg voor specifieke doelgroep(en) te intensiveren.

### VOORBEELD

Gemeente Enschede.

### VOORDELEN

Optimalisatie van sociaal-medische zorg door betrokkenheid van zowel medische als niet medische partners.

Bij deze samenwerkingsstructuur kunnen individuele zorgbehoeften soms sneller vertaald worden naar collectieve aanpassingen in het beleid en het zorgnetwerk.

Beperkte belasting van huisartsenzorg, hetgeen van extra belang kan zijn in regio's met een huisartsentekort.

### AANDACHTSPUNTEN

De samenwerking met huisartsen voor volledige huisartsgeneeskundige zorg en tijdige doorverwijzing in de zorgketen. Die laatste is immers gebaseerd op dokters die verwijzen naar dokters. De samenwerking met huisartsen kan uitdagend zijn in gemeenten met een tekort aan huisartsen.

Er is extra aandacht nodig voor het inrichten van het HIS en het declareren op de zorgverzekeringswet en de CAK-regelingen, aangezien verantwoordingseisen zijn ontworpen voor de reguliere zorg (met huisartsgeneeskundige basis).



## VERPLEEGKUNDIG-SPECIALIST GESTUURDE STRAATZORG

Straatzorg waarbij verpleegkundig specialisten (VS) 'in de lead' zijn. VS combineren de noodzakelijke medisch-technische en sociaal-maatschappelijke competenties in één persoon. Ze zijn specifiek opgeleid als coördinerend behandelaar en ketenregisseur in specifieke omstandigheden. De zorg vindt plaats in nauwe samenwerking met één of meerdere reguliere huisartsenpraktijken.

### VOORBEELD

Gemeente Utrecht, waar straatzorg is georganiseerd binnen de gemeentelijke organisatie, in nauwe samenhang met activiteiten voor maatschappelijke ondersteuning/sociaal domein en openbare orde en veiligheid, ook wel keten zorg en veiligheid genoemd.

### VOORDELEN

VS werken vaak in netwerken die gezamenlijk hechten aan toeleiding naar reguliere zorg in combinatie met een sterk 'outreaching' karakter. Door de netwerkvorming is ook effectieve invloed mogelijk op het lokale beleid.

De VS heeft een zelfstandige bevoegdheid voor het indiceren, uitvoeren en delegeren van voorbehouden handelingen. Dat geldt bijvoorbeeld voor het aanvragen van diagnostisch onderzoek, verwijzingen naar de tweede lijn en het voorschrijven en begeleiden van medicamenteuze behandeling.

» [Zie V&VN VS Beroepsprofiel](#)

### AANDACHTSPUNT

Hier geldt eenzelfde aandachtspunt als bij verpleegkundig gestuurde straatzorg. Namelijk: hoe sluit je aan bij afspraken die gemaakt zijn voor reguliere huisartsenzorg binnen de zorgverzekeringswet en CAK-regelingen?



## KEUZES VOOR GEORGANISEERDE MULTIDISCIPLINAIRE SAMENWERKING

De voorbeelden op de vorige pagina's laten zien hoe uiteenlopend georganiseerd de zorg voor mensen zonder dak of thuis kan zijn. Soms ontstaat de vraag welke rechtsvorm passend zou kunnen zijn, ook in relatie tot de verschillende wetten en governance-codes in de zorg (zie [bijlage 1](#)).

Op de volgende pagina's vind je verschillende varianten van multidisciplinaire samenwerking, die je kunnen helpen jouw netwerkzorg vorm te geven.



### VARIANT 1: IEDER WERKT VANUIT EIGEN VISIE OP STRAATZORG – INCIDENTEEL TREFFEN

#### **De straatzorgaanbieders werken ieder voor zich, vanuit hun eigen visie op straatzorg.**

Als straatzorgaanbieders uit eenzelfde wijk of regio elkaar opzoeken is dat vooral vanuit de inhoud, rondom de zorgbehoefte van een persoon (verwijzing, afstemming).

De straatzorgaanbieders treffen elkaar incidenteel op een congres of informatiebijeenkomst, maar er is geen of weinig sprake van structureel treffen of gezamenlijk optrekken.

Declaratie en betaling vinden rechtstreeks plaats tussen de straatzorgaanbieder en financier.

“Ga vroegtijdig met je verwijzpartners in gesprek. Bij ons is dat in de loop van de jaren organisch ontstaan. Je gaat naar een nascholing, komt collegae tegen en vertelt wat je doet. Die zeggen dan, goh ja, die populatie hebben we veel op de spoedeisende hulp. Dan wordt er een keer een nascholing bij de SEH georganiseerd. En dan maak je afspraken over hoe je elkaar kunt bereiken. Nu krijg ik in het weekend soms een Sillootje [nu Doctolib Connect], een beveiligd bericht, met daarin de vraag: ‘deze patiënt gezien, zou je de zorg maandag willen overnemen?’ Het is heel leuk om te zien dat het zo eenvoudig werkt.”

- Straatarts



## VARIANT 2: SAMEN VISIE OP STRAATZORG ONTWIKKELEN - STRUCTUREEL OPTREKKEN ZONDER GEZAMENLIJKE SUBSIDIE-INKOMSTEN

### De straatzorgaanbieders werken ieder voor zich maar trekken met elkaar op, bijvoorbeeld:

Ze ontwikkelen een gezamenlijke visie op straatzorg in de wijk of regio.

Ze zoeken naar een sterke gezamenlijke positionering & uitstraling in de wijk of regio en voeren een gezamenlijke naam (herkenbaarheid).

Er worden werkgroepen gevormd rondom een bepaald thema of activiteit.

Er zijn **geen subsidie-inkomsten** waarvan gezamenlijke activiteiten of uitgaven kunnen worden bekostigd. De samenwerking heeft vooral een 'in-kind' karakter (investering met eigen middelen en in eigen tijd). Partijen proberen mogelijk wel subsidies te verwerven.

Voor de samenwerking wordt een (eenvoudige) rechtspersoon opgericht, bijvoorbeeld een stichting. Alternatief is een samenwerkingsovereenkomst die wordt gesloten met alle straatzorgaanbieders die kiezen om mee te doen.

In de stichtingsstatuten/reglement of in de samenwerkingsovereenkomst wordt vastgelegd hoe de aangesloten partijen met elkaar samenwerken. Wat valt onder de samenwerking en wat niet, hoe nemen ze besluiten met elkaar, wie vertegenwoordigt het samenwerkingsverband naar buiten toe (bijvoorbeeld bestuur of voorzitter)?

Bij een stichting worden de bestuurders ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, bij een samenwerkingsovereenkomst niet.

De samenwerking tussen de straatzorgaanbieders heeft geen betrekking op eventuele zorgcontracten die straatzorgaanbieders sluiten. Daar gaat iedere straatzorgaanbieder zelf over. Declaratie en betaling vinden ook rechtstreeks plaats tussen iedere straatzorgaanbieder en financier.



### VARIANT 3: SAMEN VISIE OP STRAATZORG ONTWIKKELEN – STRUCTUREEL OPTREKKEN MET GEZAMENLIJKE SUBSIDIE-INKOMSTEN

#### **De straatzorgaanbieders werken ieder voor zich maar trekken met elkaar op, bijvoorbeeld:**

Ze ontwikkelen een gezamenlijke visie op straatzorg in de wijk of regio.

Ze zoeken naar een sterke gezamenlijke positionering & uitstraling in de wijk of regio en voeren eventueel een gezamenlijke naam (herkenbaarheid).

Er worden werkgroepen gevormd rondom een bepaald thema of activiteit.

Er zijn **subsidie-inkomsten waarvan de gezamenlijke activiteiten of uitgaven kunnen worden bekostigd**. Bijvoorbeeld een gezamenlijke website, logo, organiseren van lokale activiteiten, huur locatie, inventaris, vacatievergoedingen.

Voor de samenwerking wordt een (eenvoudige) rechtspersoon opgericht, bijvoorbeeld een stichting met een eigen bankrekening waarop de subsidiegelden binnenkomen.

Alternatief is een samenwerkingsovereenkomst die wordt gesloten met alle straatzorgaanbieders die kiezen om mee te doen, waarbij één van hen optreedt als penvoerder en kassier (om de subsidiegelden via diens bankrekening te kunnen ontvangen).

De subsidiegelden worden beheerd door het stichtingsbestuur of de penvoerder (in geval van een samenwerkingsovereenkomst).

In de stichtingsstatuten/reglement of in de samenwerkingsovereenkomst wordt vastgelegd hoe de aangesloten partijen met elkaar samenwerken. Wat valt onder de samenwerking en wat niet, hoe nemen ze besluiten met elkaar, wie vertegenwoordigt het samenwerkingsverband naar buiten toe (bijvoorbeeld bestuur of voorzitter)?

Bij een stichting worden de bestuurders ingeschreven bij de Kamer van Koophandel, bij een samenwerkingsovereenkomst niet.

De samenwerking tussen de straatzorgaanbieders heeft geen betrekking op eventuele zorgcontracten die individuele straatzorgaanbieders sluiten. Daar gaat de straatzorgaanbieder zelf over. Declaratie en betaling vinden rechtstreeks plaats tussen de straatzorgaanbieder en financier.



#### VARIANT 4: DE ZORGVERLENING EN BIJBEHORENDE INKOMSTEN LOPEN VIA EEN GROTER STRAATZORGVERBAND

**De zorgverlening wordt uitgevoerd vanuit een groter straatzorgverband** (geformaliseerde netwerkorganisatie), die daarbij bijvoorbeeld ook zorg draagt voor het sluiten van zorgcontracten, declaraties en betalingen, en waarbij straatzorgaanbieders zich kunnen aansluiten (in een passende vorm). Hiervoor is juridisch en fiscaal advies op maat nodig, vraag zo nodig de NSG naar de mogelijkheden.

“Onze zorgverzekeraar stelde de eis dat we een stichting werden. Het past ook bij mijn beeld dat straatzorg geen pure overheidstaak is, noch geschikt is voor een commercieel bedrijf. Het opzetten van een stichting dwingt je om na te denken over waaróm en hoe je wilt werken. Tegelijkertijd is het formaliseren van de stichting pas een eerste stap. Als je als stichting zorg wilt leveren, zorgaanbieder wilt zijn, dan volgen daarna nog veel andere activiteiten. Onze zorg kent heel veel wettelijke verplichtingen en richtlijnen waar je aan moet voldoen.”

- Straatarts

“Alleen zeggen dat je goed doet, is onvoldoende. Je zult moeten investeren in een transparante governance structuur om te voldoen aan de geldende wet- en regelgeving voor zorgorganisaties.”

- Manager straatzorgpraktijk



## 5

## Welke financieringsmogelijkheden zijn er voor straatzorg?

### SAMENVATTING

Zodra helder is op welke populatie je je richt (zie H1), met welk type zorg (zie H2), en met wie je jouw straatzorg organiseert (H3), ontstaat altijd de vraag: hoe te zorgen voor een financieel gezonde organisatie, die de noodzakelijke inspanning ook op lange termijn kan volhouden?

In dit hoofdstuk vind je de elementen waarmee je per situatie de begroting kunt opstellen en rondkrijgen.

We focussen daarbij op huisarts-geneeskundige zorg. Voor de financieringsmogelijkheden voor eerste-lijnsverpleegbedden (ELV-bedden) en kortdurende opname en ontwikkelingen in de Wet Langdurige Zorg die van belang zijn voor straatzorg, zie [bijlage 8](#).

Na het toepassen van hoofdstuk 5 op jouw situatie heb je inzicht in de kosten die je gaat maken in jouw straatzorgpraktijk:

- eenmalige kosten;
- structurele patiëntgebonden kosten;
- structurele kosten voor de organisatie van zorg en netwerksamenwerking.

Ook heb je de mogelijkheden verkend voor:

- het declareren van kosten op de zorgverzekeringswet en CAK-regelingen;
- aanvullende subsidies vanuit gemeenten of zorgverzekeraars;
- het organiseren van een infrastructuur voor donaties van tijd, materialen en geld.



## EEN FINANCIËLE PUZZEL

Goed georganiseerde straatzorg bespaart naast persoonlijk leed, ook individuele en maatschappelijke kosten op de langere termijn. De kosten voor goed georganiseerde straatzorg zijn klein in verhouding tot de budgetten die in de zorg- en welzijnsector omgaan. Toch blijkt het structureel financieren van straatzorg door de gefragmenteerde geldstromen uitdagend. Zonder een financieel gezonde organisatie is er geen duurzame (volhoudbare) straatzorg.

Straatzorg wordt vaak verleend aan mensen die buiten het reguliere zorgverzekeringsstelsel vallen, omdat zij geen postadres hebben, onverzekerd zijn of door de huidige wetten zelfs onverzekerbaar zijn. Voor straatzorgverleners is het essentieel om te weten:

Welke kosten verbonden zijn aan het verlenen van (eerstelijns) straatzorg.

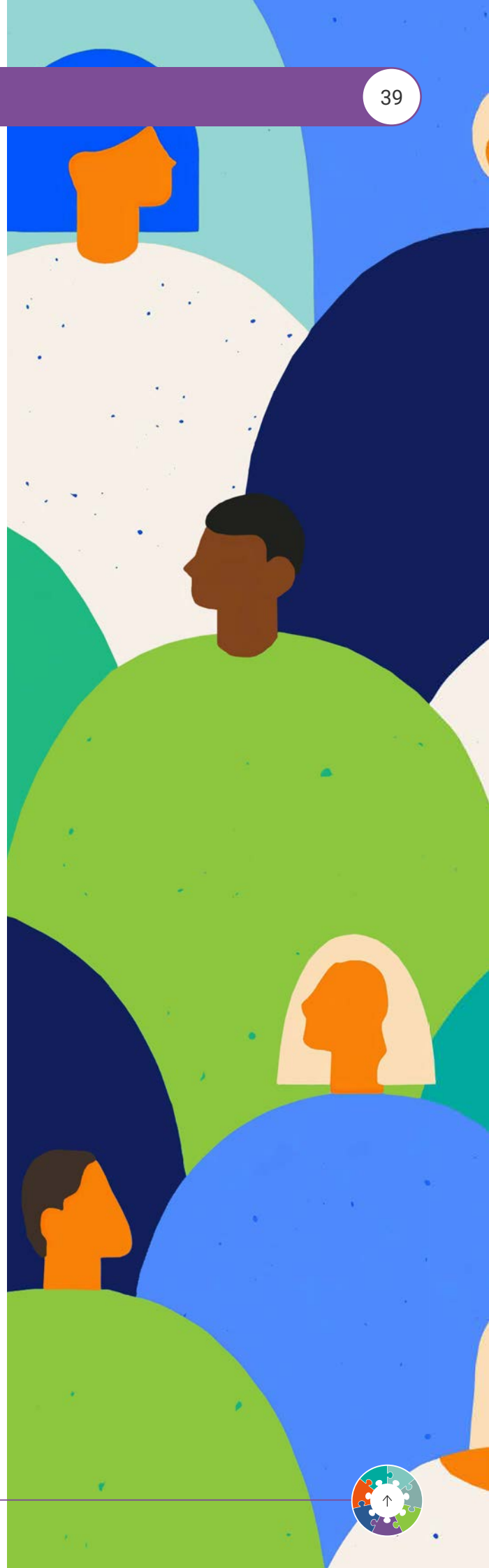
Welke zorg vergoed wordt via de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Welke aanvullende regelingen er bestaan voor onverzekerde mensen via het CAK.

Welke mogelijkheden er zijn om samenwerking tussen zorgverleners en professionals in het sociaal domein te financieren.

Waar actuele informatie en declaratie-instructies te vinden zijn.

Zo voorkom je onnodig papierwerk en is tegelijk helder hoe het publieke geld wordt besteed.



## KOSTEN VAN EERSTELIJNS STRAATZORG

De kosten van eerstelijns straatzorg kunnen worden verdeeld in drie verschillende onderdelen. Ze zijn mede afhankelijk van de fase van ontwikkeling waarin de straatzorgpraktijk of het netwerk zich bevindt.

### Opstartkosten en eenmalige kosten

Denk hierbij aan de bouw en inrichting van spreekuurruimtes, aanschaf van materialen voor spreekuur op straat, verhuizingen naar een nieuw pand, het vormgeven van een project of stichting ter ondersteuning van de (netwerk)zorg.

### Structurele patiënt-gerelateerde kosten

Bijvoorbeeld voor consulten, medicatie, wondzorg, vaccinaties, chirurgische verrichtingen, begeleiding bij verwijzing van de ene zorgverlener naar de volgende en multidisciplinaire overleggen (MDO's).

### Structurele kosten voor organisatie en infrastructuur

Denk hierbij aan: personeelskosten, verzekeringen, tijd voor effectieve samenwerking tussen zorgverleners en professionals in het sociaal domein en bij de maatschappelijke opvang, huur en onderhoud van (mobiele) spreekuurruimten, overleg tussen zorgverleners en gemeenten, schoonmaakkosten, administratiekosten, (licentie-)kosten voor ICT-systemen en HIS, communicatiekosten zoals voor website en drukwerk.

“We maken in onze praktijk onderscheid in de begroting voor onze straatzorgactiviteiten en onze reguliere huisartsenpraktijk. Zo zorgen we voor voldoende financiële dekking van met name tijd en personeelskosten in beide praktijken, en kunnen we de gesprekken met gemeenten en zorgverzekeraars zuiver voeren.”

- Straatarts

“In de COVID-tijd hebben we onze gemeenteraad om de inzet van een straatverpleegkundige gevraagd. Nadat zij begonnen was, namen ook de vragen aan onze huisartsen toe. Onze financiële man heeft toen interviews gehouden met de artsen, POHs en doktersassistenten in onze praktijk. Wat doen jullie op een dag? Waar besteed je je tijd aan? Zo is eerst de grondslag voor de gemeentelijke subsidie en later voor de meerjarige aanbesteding tot stand gekomen.”

- Straatarts



## KOSTEN IN STRAATZORGPRAKTIJK LIGGEN HOGER DAN IN REGULIERE HUISARTSENPRAKTIJK

De zorg voor dak- en thuisloze mensen kent een aantal bijzondere karakteristieken, die leiden tot hogere personeels- en materiaalkosten. Deze kosten zijn vaak niet of onvoldoende verdisconteerd in de prestatiecodes voor basishuisartsenzorg. Denk aan:

### Gemis van inschrijftarieven

Straatzorgverleners zien relatief veel passanten en onverzekerden. Hiervoor ontvangen huisartsen tarieven die onvoldoende compensatie bieden voor het gemis aan inschrijftarieven (S1), die bestemd zijn voor bekostiging van het gebouw en voor stabiele inkomsten van de zorgprofessionals.

### Administratieve ondersteuning

Administratieve inschrijvingen duren langer (bijv. vanwege cultuurverschil, een andere taal of het ontbreken van een medisch dossier).

### Langere consulten

Vaak duren consulten langer, bijvoorbeeld door complexe problematiek, verwardheid, lichte verstandelijke beperking, taal- en cultuurbarrières.

### Veiligheid

Regelmatig moeten spreekuren met twee collegae worden gedaan, mede voor de veiligheid van patiënt en zorgverlener.

### Extra materialen

Er zijn meer verbandartikelen nodig voor verwondingen. Goede zorg betekent vaak directe wondverzorging in plaats van doorverwijzing naar een apotheek.

### Intensieve zorg

Er is vaker sprake van intensieve zorg, waar-

onder bijzondere palliatieve zorg en zorg bij ernstige psychiatrische ontregeling.

### Zorgcontinuïteit

Soms is begeleiding nodig bij doorverwijzing, om te zorgen voor de continuïteit van zorg.

### Straatconsulten

Consulten op straat en bij de maatschappelijke opvang zijn (tijds)intensiever dan in een praktijk. Soms ook is er een vervanger nodig in de praktijk voor de veiligheid en continuïteit van zorg. Deels zijn deze kosten verdisconteerd in de prestatiecode Maatschappelijke opvang Module 13044. Dit tarief geldt echter alleen bij bepaalde instellingen voor maatschappelijke opvang en geldt niet voor buitenslapers, thuisloze mensen en de meeste onverzekerde mensen.

### Ongeplande zorg

Veel zorg is ongepland: patiënten lopen onverwacht binnen of komen niet op het afgesproken tijdstip. Ook zijn er veel telefoontjes 'tussendoor'. Denk aan adviesvragers vanuit gemeenten, straatverpleegkundigen, medewerkers van de maatschappelijke opvang. Ongeplande zorg is zeer verstrend in een reguliere huisartsenpraktijk.

### Multidisciplinair overleg

Deelname aan multidisciplinaire overleggen met onder anderen de verpleegkundigen en verpleegkundig-specialisten die spreekuur op locatie doen.

### Netwerksamenwerking

Relatief veel tijd gaat naar de samenwerking in het lokale zorg-ecosysteem: met bijv. de Spoedeisende Hulp, het ziekenhuis, de GGD en de verslavingszorg.



“Er zijn tegenwoordig veel te weinig huisartsen in onze gemeente. Ze zijn daardoor steeds minder bereid om mensen in hun praktijk op te nemen. De doelgroep veranderde ook: er kwamen een heleboel arbeidsmigranten bij. Dat maakt dat ik inmiddels een volwaardig spreekuur heb elke maandag. Ik word nog op dezelfde manier gefinancierd als mijn voorganger. Jaarlijks krijg ik vanuit de gemeente, via de GGD, een lumpsum aangeboden. Dat stelt me in staat om een halve dag per week uit de praktijk te zijn en me bezig te houden met de zorg voor dak- en thuisloze mensen. In die tijd kan ik alles doen wat daarbij hoort: naast spreekuur verzorg ik regelmatig nascholingen, heb ik een extra spreekuur bij het Leger des Heils, draag ik bij aan de NSG. Het bedrag dat ik krijg, dekt vast niet alle uren die ik erin stop. Maar dat maakt niet zo uit. Ik declareer ook op de module gestructureerde zorg in de maatschappelijke opvang, dus ook de zorgverzekeraar pakt een stukje zijn rol. Gelukkig verbetert ook het declaratieproces bij het CAK.”

- Straatarts

### STRAATZORG VRAAGT FINANCIËEL MAATWERK.

Er zijn verschillende financieringsmogelijkheden, maar het vereist kennis van bestaande kaders en het vermogen om samen te werken met regionale partners. Dat betekent:

Leer optimaal declareren op de zorgverzekeringswet en de CAK-regelingen voor onverzekerden en onverzekerbare mensen.

Verken actief de mogelijkheden via:

- Regionale huisartsenorganisaties
- Gemeenten en GGD
- Zorgverzekeraars
- CAK

Houd zicht op de ontwikkelingen in jouw regio die ontstaan door de afspraken die zijn gemaakt in het Integraal Zorg Akkoord (IZA - 2022), het Aanvullende Zorg en Welzijnsakkoord (AZWA) en de visie eerstelijnszorg 2030.



## FINANCIERING VIA DE ZORGVERZEKERINGSWET (ZVW)


Primair wordt eerstelijns zorg in Nederland betaald vanuit de Zorgverzekeringswet. Er bestaat geen aparte beleidsregel voor straatzorg binnen deze wet. Straatzorgverleners declareren op basis van bestaande beleidsregels en prestatiecodes voor reguliere zorg. De Zvw kent drie segmenten voor huisartsenzorg:

**Segment 1 (S1):** Basisvoorziening huisarts-geneeskundige zorg

**Segment 2 (S2):** Multidisciplinaire samenwerking bij chronische zorg (de ketenzorg)

**Segment 3 (S3):** Innovatie en samenwerking

Daarnaast zijn er prestaties buiten deze segmenten. Afspraken hierover worden vaak gemaakt via regionale huisartsenorganisaties. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) biedt ondersteuning via de [Declareerwijzer](#).



“Ik wilde niet beginnen zonder financiële rugdekking want ik ben geen ras-ondernemer. Ik wil dit doen vanwege de inhoud, dus daar wil ik me ook op kunnen concentreren. Dus heb ik financiële stabiliteit opgeëist om dit te kunnen doen, want anders verlies ik mijn creativiteit in de stress rond geld. Dat snapte de zorgverzekeraar ook goed.”

- Straatarts



Er zijn een paar specifieke beleidsregels en declaratiecodes die van meerwaarde kunnen zijn voor straatzorgverleners:

### **Huisartsenzorg in de Maatschappelijke Opvang – code M13044**

Deze prestatie(code) bekostigt de organisatie en coördinatie van huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang, zodat bewoners toegang hebben tot passende eerstelijnszorg. De prestatie is niet bedoeld voor de consulten zelf (daarvoor gebruikt de huisarts de reguliere codes uit S1 of S2).

Denk hierbij aan het opzetten van spreekuren en visites in de opvang; overleg en afstemming met andere disciplines; afspraken over dossiervoering, overdracht en ICT; ontwikkelen van protocollen en werkwijzen; organiseren van medicatiebeleid en bereikbaarheid.

Er zitten voorwaarden aan deze code, die in samenspraak tussen zorgverlener en zorgverzekeraar kan worden ingezet, zoals: samenwerking tussen opvangvoorziening en een beperkt aantal huisartsen; personele en facilitaire ondersteuning op locatie; afspraken over continuïteit, bereikbaarheid en overdracht; declaratie meestal per kwartaal per bewoner.

### **Meedenkadvies eerstelijns (vanaf 2026) – code 190070**

Vanaf 2026 is het voor alle patiënten mogelijk om het 'Meedenkadvies eerstelijns' te declareren. Doel van het meedenkadvies is om mensen zo goed en lang mogelijk in de eerste lijn te kunnen behandelen en begeleiden.

Deze beleidsregel ondersteunt daarmee ook financieel de samenwerking binnen en tussen de eerste, tweede en derde lijn (waaronder consultfunctie van een arts verstandelijk gehandicapten). Dat kan voor straatzorgverleners van meerwaarde zijn, in het opbouwen van het netwerk van zorgprofessionals.

### **Beleidsregel PGAZ (experiment patiënten groepsgebonden afstemming)**

Sinds mei 2024 is het mogelijk om via de [PGAZ-regeling](#) financiering aan te vragen voor het afstemmen van zorg aan specifieke patiëntgroepen. Dit biedt allereerst ruimte voor afstemming van de zorg voor groepen mensen, zoals mensen die dak- of thuisloos zijn of dreigen te worden.

Ten tweede ondersteunt de beleidsregel regionale netwerkzorg – dat wil zeggen infrastructuur en samenwerking – los van de zorg voor individuele patiënten (daarvoor zijn andere financieringsarrangementen, zoals het 'Meedenkadvies eerstelijns' en maatwerkafspraken met zorgverzekeraars).



## DECLAREREN VIA CAK-REGELINGEN VOOR ONVERZEKERDE MENSEN

De meeste straatzorgpraktijken hebben een (zeer) groot aandeel patiënten zonder zorgverzekering. In Nederland heeft iedereen recht op medisch noodzakelijke zorg.

Voor onverzekerde mensen zijn er vier regelingen voor onderscheiden doelgroepen: Asielzoekers (RMA), Oekraïense vluchtelingen (RMO), Onverzekerden met rechtmatig verblijf (SOV) en Overzekerbare vreemdelingen met onrechtmatig verblijf (OVV). In 2028 worden naar verwachting SOV en OVV samengevoegd tot één regeling.

Zie voor meer toelichting:

### WEGWIJZER VOOR ONVERZEKERDEN

Kijk in [bijlage 7](#) voor specifieke codes en aandachtspunten voor het declareren van huisartsgeneeskundige zorg.

Zie [CAK Wegwijzer](#) voor actuele instructies.

“Een jaar geleden zijn wij een passantenpraktijk gestart, omdat de toegang tot zorg in onze regio echt dramatisch was voor passanten. Daar ben ik als straatdokter bij aangehaakt. Sindsdien heb ik dus ook een HIS waar ik gebruik van kan maken, dus op die manier is de registratie drastisch verbeterd. Het leuke is dat hierdoor ook de declaratie veel beter ging lopen.”

- Straatarts



## MAATWERK: HET VERKRIJGEN VAN AANVULLENDE FINANCIERING

### Overleg met Regionale Huisartsen Organisatie (RHO) en Zorgverzekeraars

Overleg met de Regionale Huisartsen Organisatie welke mogelijkheden er in de regio zijn voor gelden Organisatie en Infrastructuur (O&I). RHO's maken hierover – namens de huisartsen – afspraken met de zorgverzekeraar(s).

Als straatzorg wordt gezien als onderdeel van de huisartsenzorg in de regio, dan hoort dit ook thuis op de regionale agenda van de RHO en in de O&I-afspraken tussen RHO en zorgverzekeraar.

Mogelijk kunnen er afspraken gemaakt worden over een bijdrage voor de organisatie en infrastructuur van de huisartsenzorg voor dak- en thuislozen. In enkele regio's zijn hier al voorbeelden van (vraag desgewenst via NSG om contactgegevens). Zie ook [bijlage 7](#).

“Samen met de gemeente en de zorgverzekeraar hebben we - op basis van wat er al was - de nieuwe praktijkorganisatie en visie vormgegeven. Doordat iedereen hier een sterk belang in had, is er door alle partijen geïnvesteerd. Het zwaartepunt ligt bij de zorgverzekeraar: zij hebben een maatoplossing bovenop huisartsenfinanciering voorgesteld die goed werkt. Als je dit opzet, kies dan personen in die organisaties die je vertrouwt en die jouw werk goed kennen.”

- Straatarts



## Een gemeentelijke bijdrage

In verschillende gemeenten is een (aanvullende) gemeentelijke bijdrage voor straatzorg mogelijk. Dat gebeurt op diverse manieren, waaronder:

### Subsidie of aanbesteding

Let op de administratie die dit met zich meebrengt. Houd bij het aanvragen van een subsidie van de overheid ook rekening met de regels rondom Diensten van Algemeen Economisch Belang (DEAB). Dit zijn diensten die van belang zijn voor de samenleving en die vaak niet rendabel zijn zonder overheidssteun.

### Plustaken vanuit GGD

Zorgverlening vanuit GGD (plustaken), waaronder het faciliteren van netwerkoverleggen en vangnetzorg, outreach, trajectbegeleiding, soms ook 'OGGZzorg' of 'vangnetzorg' genoemd.

### Bijdrage in natura

Bijvoorbeeld een goed uitgeruste fysieke spreekkamer in de maatschappelijke opvang of een elektrische bakfiets voor het spreekuur op straat.

Een gemeentelijke bijdrage is afhankelijk van lokale politieke keuzes. Extra aandacht is nodig voor de continuïteit van financiering en daarmee de continuïteit van de zorg.

Aanvullend zal er in sommige gemeenten ook 'zorg' zijn die primair wordt georganiseerd op basis van de WMO, zoals winteropvang en 'veldwerk'. Hierbij worden aanvullende afspraken gemaakt tussen de organisatie van de maatschappelijke opvang en zorgverleners over wat er nodig is om kwaliteit en continuïteit van zorg te leveren.

"In onze gemeente zie ik dat de politieke partijen van links tot rechts vinden dat het belangrijk is dat er goede zorg is voor dak- en thuisloze mensen. Dat iedereen toegang tot de dokter moet kunnen hebben. Door de lumpsumfinanciering brengen ze dat ook echt in de praktijk."

- Straatarts

"Toen de gemeente mij vroeg om de zorg voor dak- en thuisloze mensen vorm te geven, heb ik gezegd 'ik wil alleen jullie als mijn opdrachtgever'. Ik wil geen verzekeraar, want dan voel ik me niet vrij. Ik wil zorg leveren. Ik ga niet mijn tijd zitten verdoen met verzekeringsvragen. Wie is gerechtigd? Hoe lang is deze patiënt hier? Hoeveel rechten heeft diegene dan? Als iemand net uit de verzekering is gegoooid, hoe zit het dan? Daar wil ik niet mee bezig zijn. Ik wil bezig zijn voor de patiënt en zorg bieden waarvan ik denk dat die nodig is. En natuurlijk houd ik wel rekening met reguliere afspraken in de zorg, anders loop ik tegen de muren omhoog met de zorg voor deze groep mensen. Zo zijn we van start gegaan, met het idee: we gaan het eerst in deze vorm gieten, zorgen dat het goed staat en dan verder kijken of we een iets andere vorm kunnen vinden waarbij de zorgverzekeraars meer aansluiten."

- Straatarts



## EIGEN BIJDRAGEN, VRIJWILLIGE INZET, DONATIES, GIFTEN EN OVERIGE SUBSIDIES

Om een straatzorgorganisatie financieel gezond te organiseren, blijkt in de praktijk dat ook eigen bijdragen van patiënten, vrijwillige inzet van zorgverleners, donaties, giften en aanvullende subsidies nodig zijn. Denk aan:

**Eigen bijdragen van mensen die zorg vragen en onverzekerd zijn**

**Zorgverleners die zonder financiële compensatie hun bijdrage willen leveren**  
Let op: het managen van een vrijwilligersorganisatie kent zijn eigen complexiteiten.

**Aanvraag bij de [Achterstandsfondsen](#)**

**Een onderzoekssubsidie bij [ZonMW](#)**

**Een knop voor financiële donaties op de website van de straatzorgpraktijk**  
Zie bijvoorbeeld [Straatzorg Praktijk Rotterdam](#) en [Kruispost Amsterdam](#).

**Particuliere donaties, klein en groot**  
Let op: fundraising is een vak apart en arbeidsintensief. Er worden vaak specifieke eisen gesteld aan de administratie en verantwoording.

**Eenmalige crowdfunding of benefietactie**

**Materiële bijdragen**  
Zoals een elektrische bakfiets voor een mobiel spreekuur of apparatuur in de (mobiele) spreekkamer.

“Wij hebben geen ANBI-status aangevraagd, omdat wij van geen enkele donateur die vraag kregen. Daardoor hebben we minder eisen aan het jaarverslag. Ik heb dat nu net voor het eerst moeten maken en ik ben blij dat er niet meer eisen waren. Wij gaan pas een ANBI-status overwegen als we anders echt iets groots mislopen.”

- Straatarts

“Iedereen snapt dat niet alles volledig vergoed wordt en veel mensen willen helpen. We hebben burens die bijdragen, de kinderen die blikjes verzamelen en het geld naar ons brengen. Dat is ook een mooie manier om lokaal te verbinden en mensen betrokken te houden bij het project.”

- Straatarts

“We hebben onze hele verbouwing op basis van donaties gedaan. Veel particuliere vermogensfondsen, maar ook gewoon particulieren die willen bijdragen. Het is denk ik - zeker voor startende straatzorgverleners - goed om vrij snel een format voor donaties te creëren.”

- Straatarts



**ZORGVERZEKERDEN**  
(zorgverzekeringswet)**ONVERZEKERDEN**  
(CAK regelingen)**AANVULLENDE FINANCIERING**  
(bijvoorbeeld)**Opstart- en eenmalige kosten**

Projectsubsidie zorgverzekeraar, rechtstreeks of vanuit O & I financiering via RHO voor opstart straatspreekuur (eenmalig)

n.v.t.  
CAK vergoedt alleen directe zorgkosten, geen opstartkosten

- Gemeente financiert verbouwing spreekkamer in opvanglocatie of schaft elektrische bakfiets aan voor mobiel spreekuur op straat
- Verbouwing praktijk op basis van donaties en giften
- Subsidie of giften/ donaties voor extra laptops voor goede dossiervoering

**Structurele patiëntgebonden kosten**

- Reguliere S1-codes huisartsenzorg en S2 multidisciplinaire ketenzorg, zie LHV tarieven en declareerwijzer
- Evt. kortdurend reguliere S3-bekostiging voor innovatieve zorg
- M13044 voor gestructureerde huisartsenzorg in de maatschappelijke opvang
- M190070 Meedenkadvies Eerstelijns

CAK-codes huisartsenzorg (zie wegwijzer onverzekerden, Vektis codes en LHV handreikingen/NZA tarieven)

Vergoedingspercentages:

- SOV → huisartsgeneeskundige zorg 100% vergoed
- OVV → huisartsgeneeskundige zorg 80% vergoed (20% voor rekening zorgverlener)
- Ziekenhuizen/apotheken met CAK-contract: 100% vergoeding SOV & OVV

- Gemeentelijke bijdrage voor financiering van spreekuur verpleegkundige/ VS in Maatschappelijke Opvang, Outreaching of trajectbegeleiding in zorgketen (evt. via GGD als plustak)
- Doelgroepgerichte vaccinatiedagen (via GGD of landelijke programma's)
- Nu Niet Zwanger is basisfunctionaliteit in Aanvullend Zorg en Welzijn Akkoord (AZWA)

**Structurele organisatie en infrastructuurkosten**

- Afspraken over Organisatie & Infrastructuur (O&I) gelden lopen meestal via de RHO en zorgverzekeraar(s). Denk bijvoorbeeld aan inzet fte POH-GGZ of VS voor outreachend werk/ spreekuur, gefinancierd vanuit regionaal O&I-budget
- PGAZ regeling (Experiment patiëntengroepsgebonden afstemming)

CAK vergoedt geen coördinatie noch infrastructuur

- Gemeente financiert huisarts met lumpsum, zodat deze 1/2e dag per week straatzorg kan opbouwen in regio
- Gezamenlijke gemeenten financieren projectorganisatie om netwerkcoördinatie te faciliteren



"Ik heb diep respect voor de GGD-verpleegkundigen en de vrijwilligers van Humanitas. Ik vind het leuk en voel me bevoorrecht dat ik een bijdrage kan leveren door eens per week aanwezig te zijn in hun spreekuur. Het feit dat ik een recept kan uitschrijven en patiënten kan verwijzen via Zorgdomein maakt hun werk eenvoudiger, ze hoeven niet meer te zoeken naar een huisarts. In onze regio is een groot tekort aan huisartsenzorg. Soms helpt het ook dat ik - als regulier werkende huisarts - collegae zorgverleners kan gidsen in de mogelijkheden die er zijn om zorg te bieden aan onverzekerden. Ik heb een contract getekend met de GGD dat ik lege artis werk. Ik declareer passantentarief/ Noni als patiënten verzekerd zijn. Soms neem ik de moeite om te declareren bij het CAK, maar dat vind ik best een gedoe. Mijn HIS heeft nog niet de mogelijkheid om digitaal te declareren bij het CAK. Ik ontvang verder geen subsidies. Ik ben net begonnen en zie hele kleine aantallen patiënten. De problematiek in onze gemeente is echt van een heel andere orde dan in de grote steden."

- Straatarts

"Ik ben ervan overtuigd dat de gemeente geld bespaart door dit goed te organiseren. Ik twijfel ook niet meer aan de voortgang. Dat heb ik in het begin wel gedaan. Dan dacht ik: als dit nou in één keer wordt afgesloten, wat doe ik dan? Maar de gemeente heeft uitgesproken dat niet van plan te zijn. Ik word gesteund: ik heb contact met alle politieke partijen. Die vinden het allemaal belangrijk dat dit gebeurt."

- Straatarts

"Doordat je zoveel mensen betreft, maak je hen ook een beetje ambassadeurs van deze zaak. Dat werkt besmettelijk natuurlijk, ook in de zorginstellingen waaraan zij verbonden zijn of waren. Daar zit een mooie kant aan. Maar je kan natuurlijk ook bepleiten dat het niet nodig zou moeten zijn. Dat straatzorg gewoon hele reguliere zorg is die ook op een reguliere manier gefinancierd moet worden, zonder dat het uitzonderlijk gemaakt wordt en afhankelijk is van vrijwillige inzet. Je kunt ook zeggen 'ik vind dat elke huisarts dit moet doen'. Nou ja, het is ook niet zo dat elke huisarts enorme affiniteit heeft met transgenderzorg of abortuszorg of met andere dingen die voorliggen om bij de huisarts regulier te maken'. " Ik vind voor beide wat te zeggen."

- Straatarts

"DAEB (Dienst van Algemeen Economisch Belang) zegt eigenlijk: alles moet aanbesteed worden, omdat marktwerking leidend is in ons zorgstelsel. Dus als jij afspraken maakt 'buiten de markt om', dan is dat een subsidie. Die zorg is dan eigenlijk concurrentievervalsend en dan moet je dus kunnen aantonen dat het niet anders kan."

- Bestuurder van een organisatie voor huisartsenzorg in een grote stad



## MEER LEZEN OVER FINANCIERING?

ONDERWERP	TYPE INFORMATIE	LINK
<b>Tarieven huisartsenzorg</b>	LHV Overzicht tarieven	<a href="#">LHV Tarievenoverzicht</a>
<b>Declaratie huisartsenzorg</b>	LHV Declaratiewijzer	<a href="#">LHV Declareerwijzer 2025</a>
<b>Domein-overstijgende samenwerking</b>	Deze handreiking van Zorginstituut Nederland verduidelijkt welke domeinoverstijgende activiteiten vergoed kunnen worden vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).	<a href="http://zorginstituutnederland.nl">zorginstituutnederland.nl</a>
<b>Wegwijzer innovatie en preventie eerstelijnszorg 2025</b>	Het doel van deze wegwijzer is om inzichtelijk te maken op welke manier preventie en innovatie kunnen worden bekostigd in de eerstelijnszorg.	<a href="#">Wegwijzer NZa</a>
<b>AZWA en andere bestuurlijke akkoorden</b>	Informatie over nieuwe ontwikkelingen in de (eerste lijns)zorg en samenwerking met het sociaal domein, waaronder financieringsmogelijkheden.	<a href="http://zorgakkoorden.nl">zorgakkoorden.nl</a>
<b>PGAZ-regeling</b>	Beleidsregel Patiënten Groepsgebonden Afstemming	<a href="#">Beleidsregel Patiënten Groepsgebonden Afstemming binnen Zvw-verzekerde Zorg</a>
<b>Meedenkadvies eerstelijns</b>	LHV nieuwsbericht FMS nieuwsbericht	<a href="#">LHV nieuwsbericht</a> <a href="http://demedischspecialist.nl">demedischspecialist.nl</a>
<b>CAK-regelingen voor onverzekerden</b>	Wegwijzer CAK-regelingen Declaratie via VECOZO	<a href="#">Wegwijzer Zorg aan onverzekerden</a> <a href="http://vecozo.nl">vecozo.nl</a>



## 6

## Extra aandachtspunten voor jouw straatzorgpraktijk

### SAMENVATTING

Je straatzorgpraktijk staat nu 'in de steigers': je kent je doelgroep, je zorgaanbod, de mensen met wie je samenwerkt, je praktijkvorm en je begroting.

Tegelijkertijd werk je als straatzorgverlener vaak in complexe, soms onvoorspelbare situaties. Straatzorg vraagt naast betrokkenheid, ook om flexibiliteit en creativiteit.

Medische richtlijnen die zijn ontwikkeld voor 'de algemene populatie' passen niet altijd goed. Dak- en thuisloze mensen hebben niet zozeer dezelfde zorg nodig als andere mensen, maar wel dezelfde kwaliteit van zorg. Zorgverleners hebben daarnaast wettelijke plichten die hen helpen om verantwoord en veilig te werken – ook in niet-standaard situaties.

Het is belangrijk om de juridische kaders en professionele standaarden goed te kennen. Zulke kennis helpt bij het voorkomen van klachten, tuchtrechtelijke procedures en onbedoelde risico's voor zowel patiënt als zorgverlener. Zie ook [bijlage 1](#).

Na het toepassen van dit hoofdstuk op jouw situatie:

- ga je op zoek naar de eisen voor herregistratie in jouw vak;
- kies je gericht hoe je wilt samenwerken met ervaringsdeskundigen;
- heb je afspraken gemaakt over de zorg in de avond, nacht en weekenden;
- heb je een helder medicatiebeleid in jouw straatzorgpraktijk afgesproken;
- is duidelijk wie patiënten in jouw praktijk en zorgverzekering inschrijft;
- heb je bewust gekozen hoe jij je ICT organiseert, om ook te voldoen aan de medische dossierplicht.



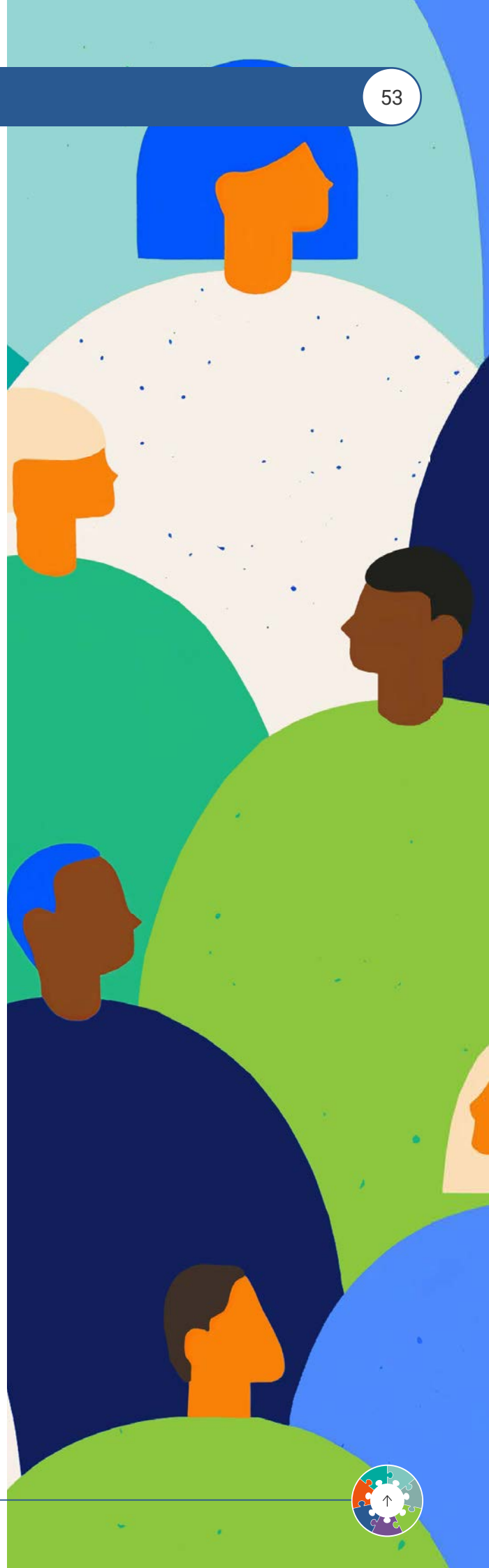
## HERREGISTRATIE-EISEN VOOR BIG-GEREGISTREERDE PROFESSIONALS

Afhankelijk van de (potentiële) zorgvragers en het type zorg dat je wilt verlenen, is een ander samenspel van zorgverleners binnen de straatzorgpraktijk nodig. Denk hierbij onder andere aan (huis)artsen, POH's somatiek en GGZ, verpleegkundig specialisten, doktersassistenten, physician assistants (PA's), nurse practitioners en (sociaal) verpleegkundigen. Aan sommige praktijken is een tandarts of psychiater verbonden.

Bij het samenstellen van een team is extra aandacht nodig voor het aantrekken en behouden van professionals met een BIG-registratie. Let bijvoorbeeld op de vereisten voor herregistratie van BIG-geregistreeerde professionals.

De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten adviseert (huis)artsen vroegtijdig contact op te nemen, om te verifiëren in welke mate hun straatzorgverlening bijdraagt aan herregistratie in het BIG-register als huisarts. Werkzaamheden in de straatzorg tellen niet per definitie mee, omdat de werkzaamheden moeten voldoen aan de omschrijving in het Besluit Huisartsgeneeskunde. De RGS zal dit in ieder dossier individueel moeten beoordelen.

MIJN RGS | KNMG



## SAMENWERKING MET ERVARINGS- DESKUNDIGEN

Samenwerking met ervaringsdeskundigen kan soms drempels voor patiënten verlagen. In verschillende straatzorgpraktijken wordt op verschillende manieren gebruikgemaakt van hun inzet. Zo is de gastheer van straatzorgpraktijk Rotterdam ervaringsdeskundig. In Eindhoven houden twee ervaringsdeskundigen spreekuren voor verslavingszorg en psychiatrische klachten.

## ZORG IN DE AVONDEN, NACHTEN EN WEEKEINDEN

Je doet er goed aan om in een vroeg stadium contact te zoeken met de regionale huisartsenpost. Je kunt dan bespreken of er specifieke knelpunten te verwachten zijn in de zorg gedurende de avonden, nachten en weekeinden. De huisartsenpost is in principe toegerust om deze ANW-zorg te leveren aan patiënten die zijn ingeschreven in een huisartsenpraktijk die voldoet aan het LHV-basisaanbod huisartsenzorg. Voor straatzorgpraktijken moeten wellicht aanvullende afspraken worden gemaakt.

“Sinds we ons hebben georganiseerd in de nieuwe praktijk hebben we veel aanbod van nieuwe collega's die dit nu ook willen doen. Je kunt bij ons je huisartsenregistratie behouden, je wordt goed ingewerkt, je hebt assistentes. Kortom: je voelt je geborgd. En het is veel veiliger werken.”

- Straatarts

“Eén van mijn doelen is om er echt een groep van te maken met intervisie en scholing en zo. We investeren in onszelf, wat de kwaliteit ook enorm goed doet. Het zorgt dat we niet uitvallen, dat we ons niet alleen strijders voelen, maar het met elkaar doen. Dat zorgt ervoor dat we het volhouden én dat er nieuwelingen op afkomen.”

- Straatarts



## MEDICATIEBELEID

Maak helder welke zorg je wel en niet biedt. Binnen het team is bijvoorbeeld een afspraak over het voorschrijven van verslavende middelen van belang: wanneer wel/niet welke middelen?

Maak goede werkafspraken met de verslavingszorg over de toegang tot zorg en over het overbruggen van medicatie(verstrekking) tot aan de afspraak daar.

Let op: de kans op agressie neemt toe als je sederende middelen gaat voorschrijven. Doe dit alleen als je de randvoorwaarden daarvoor hebt. Heb je die niet, kies dan een partner waar je altijd mee werkt en naar wie je verwijst.

## INSCHRIJVING VAN PATIËNTEN IN ZORGVERZEKERING EN PRAKTIJK

Mensen die dak- en thuisloos zijn, zwerven vaak tussen regio's. Als straatzorgverlener moet je, meer dan in een reguliere praktijk, taal- en cultuursensitief handelen om de kwaliteit en continuïteit van zorg te borgen. Specifieke aandacht is nodig voor het verleden: waar is de patiënt al bekend? Waar is deze mogelijk naartoe terug te verwijzen? Of waar kun je als straatzorgverlener diens dossier opvragen?

Soms zijn mensen met extra (administratieve) ondersteuning in staat om zich te verzekeren. Het inschrijven in de zorgverzekering en praktijk kan bijvoorbeeld gedaan worden door een professional vanuit de maatschappelijke opvang, de zorgverzekeraar of de huisartsenpraktijk.

"In het begin van mijn loopbaan heb ik een aantal uitzonderingen gemaakt, waarvan ik dacht 'ja, dit moet gewoon'. Dat zijn er drie geweest en die drie heb ik allemaal gevoeld. Eén heeft met de medicijnen een suïcidepoging gedaan. De tweede heeft per ongeluk een overdosis genomen, Dus twee van de drie zijn in het ziekenhuis terechtgekomen. De derde heeft de medicijnen verkocht. Dat hoorde ik van een ander, dat gaat via via. Eén keer ben ik bedreigd door iemand die een bepaald medicijn wilde hebben. Dus houd je aan je eigen beleid. Het is er niet voor niets."

- Straatarts

"Eerst nam ik elke dag bij elke patiënt risico's die eigenlijk niet bij het vak hoorden. Risico's voor de patiënt en voor je eigen tuchtrechtelijke veiligheid, zeg maar. En ook wel eens fysieke. Op een gegeven moment dacht ik: maar ik hoef helemaal geen cowboy te zijn. We moeten het gewoon anders organiseren.... Als we ons beter inbedden, dan gaat de kwaliteit omhoog en dan zijn deze risico's er helemaal niet."

- Straatarts



Mensen hebben soms angsten om zich in te schrijven voor een zorgverzekering. Ze hebben bijvoorbeeld geen geld voor de premie, en zijn bang voor openstaande boetes als hun adres bekend wordt. Soms beseffen ze niet dat hun zorgverzekering is gepauzeerd, bijvoorbeeld na detentie of verblijf in het buitenland. Soms zijn er praktische barrières, zoals het nog niet hebben van een postadres. In de straatzorgpraktijken blijft een grote groep mensen onverzekerbaar volgens de huidige Nederlandse wetgeving: EU-burgers zonder adres en mensen zonder de juiste verblijfspapieren (ongedocumenteerden).

LEES VOOR MEER HOUVAST DE INFOSHEET  
Sensitief in gesprek met onverzekerde mensen

**Schrijf patiënten in op eigen naam en overweeg welk adres je waar noteert.**

Je kunt bijvoorbeeld twee adressen noteren. Eén voor de administratieve afhandeling (te delen met instanties – let op waar incasso's naartoe worden gestuurd). En één om te beschrijven waar iemand daadwerkelijk is, zodat je er heen kunt bij spoed (en dat dit onder het medisch geheim valt).



## ICT, HIS, MEDISCH DOSSIER

Een passende ICT-omgeving in de vorm van een HuisartsenInformatieSysteem (HIS) is nodig om:

Te voldoen aan de dossierplicht conform de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Het proces van inschrijven van patiënten en declareren van zorg voor verzekerde en onverzekerde patiënten te vereenvoudigen

(Boven) regionale registratie/ data-verzameling te ondersteunen

Patiënten door te verwijzen (Zorgdomein)

Het dossier is bedoeld ter ondersteuning van de kwaliteit en continuïteit van zorg. Het dossier is niet bedoeld voor populatie-monitoring, fraudeonderzoek of gegevensdeling met derden. Dit geldt ook voor straatzorgverleners. Zie voor meer informatie over de WGBO, dossierplicht en het medisch beroepsgeheim:

MEDISCH DOSSIER BIJHOUDEN EN DELEN

BEROEPSGEHEIM | KNMG

BEROEPSGEHEIM | V&VN

“We hadden geen huisartsendossiers. Het waren chronologische dossiers van de verslavingszorg waar we onze huisartsgeneeskunde in moesten weven. Dat leverde rare situaties op. Slechte communicatie met apotheken, zonder enige continuïteit. Hetzelfde met medische onderzoeken. Iemand wist zelf bijvoorbeeld niet meer dat er al het een en ander aan een knie was onderzocht. En dan ging ik dat weer opvragen. En dan zei de radioloog: vergeleken met 6 maanden geleden is er niet heel veel meer artrose ... Nou ja, als ik dat had geweten, dan was die hele foto niet gemaakt.”

- Straatarts

“Als je straatzorg professioneel wilt aanpakken, dan moet je onderbouwing van je handelen kunnen en willen geven. Ik zie nog artsen die vanuit liefde het vak doen, gemotiveerd voor het leveren van de zorg. Soms nog wel eens met papieren dossiers. Dan denk ik: dat moet je niet willen. Dat moet je gewoon niet doen.”

- Straatarts



In de praktijk blijkt dat een digitaal dossier noodzakelijk is om tegemoet te komen aan de vereisten voor een hedendaags patiëntendossier. Dit kan in de opstartfase van een straatzorgpraktijk uitdagend zijn, bijvoorbeeld omdat de spreekuurruimte nog niet is toegerust voor digitaal werken.

De keuze voor een HIS is vaak afhankelijk van afspraken die gemaakt worden binnen de Regionale Huisartsen Organisatie (RHO). Voor straatzorg is de keuze voor type HIS onder andere belangrijk voor het digitaal kunnen declareren bij het CAK.

#### Heeft jou HIS nog geen koppeling?

Overleg met je leverancier over de mogelijkheden om het HIS aan te passen, zodat het via VECOZO mogelijk is om bij het CAK te declareren.

“Sinds ik een HIS heb, verzamel ik veel meer data. Ik kan nu bijvoorbeeld vertellen hoeveel patiënten ik zie op jaarbasis en dat was voorheen een stuk lastiger. Die vraag kostte me voorheen echt te veel tijd om te beantwoorden. Nu kan ik dat met een druk op de knop uitdraaien. Ik heb inzicht in welke ICPC-code ik het meeste zie en kan kijken naar de medicatie die ik voorschrijf.”

- Straatarts

“Je hebt natuurlijk bijna altijd te maken met patiënten die niet ingeschreven staan. Het Landelijk Schakelpunt (LSP) is niet gemaakt om dossiers uit te wisselen van mensen die niet ingeschreven zijn. Het zou mooi zijn als ze die barrière zouden weghalen. Het is een vergezicht, maar ik zou graag toewerken naar een landelijk HIS voor mensen die dak- en thuisloos zijn. Een centraal punt in de cloud, waar straatdokters een abonnement op kunnen nemen en waarbij je dossiers tussen straatartsen kan uitwisselen. Als de patiënt dat goed vindt.”

- Straatarts



## 7

## Al doende leren wat wel en niet werkt

### SAMENVATTING

Dit laatste hoofdstuk 7 mag je lezen als bemoediging: al doende leer je wat in jouw situatie werkt. In H1 tot en met H5 doorliep je alle stappen die je behoorlijk in je macht hebt: het bepalen van 'voor wie', 'wat', 'met wie', en 'hoe'. H6 bereidde je erop voor dat je echter vaak in niet-standaard situaties zult belanden, en dat je hier je praktijk(voering) op kunt aanpassen.

Dit laatste hoofdstuk onderstreept vier lessen uit de praktijk:

- Neem afscheid van wat niet werkt.
- Streef naar een lerende werkwijze.
- Blijf de sociale kaart ontwikkelen.
- Zoek je collegiale steun.

En onthoud bij alles wat je doet: niet alle problematiek kan worden opgelost. Jouw aanwezigheid en professionele handelen kunnen wel het lijden verlichten.

Na het toepassen van dit hoofdstuk op jouw situatie:

- weet je dat je al doende zult gaan leren. Het is onmogelijk van tevoren alle hobbels te herkennen en te beslechten.
- vorm en ondersteun jij jouw netwerk zodanig, dat je gezamenlijk met jouw samenwerkingspartners kunt leren van de ervaringen die jullie opdoen.
- weet je hoe je collegiale steun kunt vinden en bieden in de NSG Doctolib connect app, of via de NSG bereikbaar via [info@straatdokter.nl](mailto:info@straatdokter.nl)



## NEEM AFSCHEID VAN WAT NIET WERKT

Onderweg ontstaan ongetwijfeld hobbels in de zorgverlening en de samenwerking. Dat betekent dat het belangrijk is om de straatzorgpraktijk zo in te richten, dat je al doende – samen met partners – kan leren van wat werkt in jouw context. Neem afscheid van praktijken die niet duurzaam blijken.

## STREEF NAAR EENDUIDIGE WERKWIJZE

Werk – al doende – aan een eenduidige en voor alle betrokkenen herkenbare manier van verwijzing, intake en begeleiding voor mensen die dak- of thuisloos zijn, zie [Sociaal Medische Zorg aan dakloze mensen](#), [Gids voor implementatie van bouwstenen in de praktijk](#). Organiseer – liefst per gemeente – een sociaal-medisch team met professionals uit verschillende organisaties. Bepaal met dit team de toegang tot zorg.

"Onze straatzorgpraktijk ontwikkelt. We hebben meer mensen in betaalde functies aangenomen, toegespitst op wat er nodig is voor de doelgroep die bij ons komt. Bijvoorbeeld POHs-GGZ met ervaring in trauma-sensitief werken, tandartsen, fysiotherapeuten, en wondzorgverpleegkundigen. Naast mensen in een consulterende functie: oogarts, psychiater, traumatherapeut, dermatoloog. Daardoor hebben we meer mogelijkheden om passende zorg te bieden. Maar dat betekent ook dat je een grotere organisatie wordt, dat je ook een grotere ruimte nodig hebt. Dus verhuizen we binnenkort."

- Straatarts



Maak in het doorontwikkelen telkens expliciet onderscheid in het type zorg dat je wilt aanbieden (zie H2) en onderscheid daarbij:

### De toeleiding naar zorg

Hoe vinden mensen de weg naar zorg?  
Welke 'routes' zijn er, en wie speelt daarbij een rol?

### De uitvoering

Welke bekende en/of nieuwe barrières zijn zichtbaar in de kwaliteit en continuïteit van zorg en hoe kunnen deze worden beslecht?

### Verbetering van de netwerkorganisatie

Wie kan wat doen?  
Welke rollen en verantwoordelijkheden zijn er gewenst en al belegd?  
Welke financieringsmogelijkheden bestaan er al en kunnen beter worden benut?

## BLIJF DE SOCIALE KAART ONTWIKKELEN

Ontwikkel al doende je sociale kaart en samenwerkingsafspraken, zodat deze steeds helderder worden voor alle partners in jouw regio. Zie ter inspiratie bijvoorbeeld:

DE GIDS GOEDE ZORG VOOR  
ONVERZEKERDEN IN AMSTERDAM

DE STREETLIFE APP BIJ LEVEN OP  
STRAAT IN DEN HAAG

“Je hebt elk jaar een nieuwe groep op straat. Je moet als organisatie flexibel genoeg zijn om je daaraan te kunnen aanpassen.”

- Straatarts



“Ik ben de enige straatdokter in onze gemeente. Dit jaar start er een huisarts-in-opleiding naast mij, die zich wil vestigen in deze gemeente. De gemeente heeft laten weten welwillend te staan tegenover uitbreiding, zodat zij ook een spreekuur kan doen.”

- Straatarts

“Wat je moet doen is vrienden maken, zowel professioneel als met politieke lokale gezaghebbende mensen.”

- Straatarts

“Zorg voor het goede verhaal. Deel het proactief met wethouders en met de beleidsmedewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering van gemeentelijke subsidies. Weet welke gemeenteraadsleden de portefeuille zorg hebben en benader hen actief. Besteed aandacht aan heldere en mooi vormgegeven beleidsplannen en jaarverslagen. Deel deze actief en bied aan om een presentatie te geven. Dat schept vertrouwen.”

- Verschillende straatartsen en managers

“Als ik het opnieuw zou kunnen doen, dan denk ik dat ik mezelf meer tijd zou gunnen om gewoon eens kennis te nemen van hoe het hier allemaal werkt. Accepteer dat het helemaal niet erg is, als je dat allemaal niet meteen weet. Ik denk dat ik daar in het begin wel last van heb gehad. Het gevoel dat allemaal meteen te moeten weten, of de tijd niet te mogen nemen. Ik denk dat ik nu tegen mezelf zou zeggen: joh, geef jezelf gewoon eens vijf jaar. Die jaren heb je gewoon nodig om het helemaal te leren. En ik heb nog steeds weleens dat ik partijen tegenkom dat ik denk, oh, ik had jullie eigenlijk nog helemaal niet in zicht, maar jullie zijn misschien ook wel nuttig daarbij. Of oh, dít is de rol die jullie spelen.”

- Straatarts



“Ik probeer natuurlijk ook bij deze doelgroep binnen de grenzen van de redelijke beroepsuitoefening als huisarts te blijven. Maar je merkt dat de grenzen soms opschuiven. Ik doe in deze setting soms dingen die ik als huisarts in mijn eigen praktijk niet snel zou doen. Zoals het voorschrijven van psychiatrische medicatie waar ik weinig ervaring mee heb. Ik weet dan zeker dat als ik deze medicatie niet voorschrijf, het slechter gaat met deze patiënt. Ik probeer altijd voldoende expertise te vragen en heb voor complexe vragen ook mijn kanalen georganiseerd. Soms moet je dan de keuze maken: ‘het is niet ideaal, maar wel het beste wat ik op dit moment kan doen’. Je moet zeker kennis van de richtlijnen hebben, maar tegelijkertijd weten wanneer je daarvan kunt of moet afwijken.”

- Straatarts

## JE BENT NIET ALLEEN IN HET BIEDEN VAN STRAATZORG

Met jou, lezer van deze handreiking, zijn er velen in Nederland die bouwen aan passende zorg voor dak- en thuisloze mensen. Voor collegiale consultatie kun je terecht in het Doctolib-connect netwerk van de NSG (voorheen Siilo). Of neem contact op met de NSG via [info@straatdokter.nl](mailto:info@straatdokter.nl).

Deel vooral ook je goede voorbeelden met de NSG, zodat collega straatzorgverleners van jou/jullie kunnen leren en jij van hen. De kennisbank ontwikkelt voortdurend.

Zó draag jij bij aan de kwaliteit en continuïteit van zorg voor mensen zonder dak of thuis, vandaag én op de langere termijn.

Dank je wel, namens velen!

MELD JE AAN VOOR MIJN NSG





<b>1. Patiëntrechten en Plichten van Zorgverleners in de Straatzorg</b>	<b>66</b>	<b>5. Organisaties die specifieke doelgroepen ondersteunen</b>	<b>75</b>
1.1 Patiëntenrechten	66	5.1 Valente	75
1.2 Plichten van zorgverleners en zorginstellingen	66	5.2 Lampion	75
1.3 Professionele standaarden en ethiek	66	5.3 Stichting Barka	75
1.4 Meldcode huiselijk geweld	67	5.4 Vluchtelingenwerk	76
1.5 Relevante bronnen over wetten en beroepscode	67	5.5 Kenniscentrum Global Health (KCGH)	76
		5.6 Pharos	76
		5.7 Dokters van de Wereld	76
		5.8 Het Nederlandse Rode Kruis	77
		5.9 Mogelijk ook relevant	77
<b>2. Lokale organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan straatzorg</b>	<b>68</b>	<b>6. Landelijke (zorg)akkoorden met regionale impact</b>	<b>78</b>
2.1 De gemeente en de maatschappelijke opvangorganisaties	68	6.1 Zorgakkoorden	78
2.2 Mondzorg/ tandartsenzorg	68	6.2 Vier principes voor passende zorg	78
2.3 De apotheek	68		
2.4 De organisatie die jeugdgezondheidszorg biedt in jouw regio	69	<b>7. Aandachtspunten bij financiering</b>	<b>79</b>
2.5 De medische dienst van de Penitentiaire Inrichting (PI)	69	7.1 Puzzelen met financieringsbronnen	79
		7.2 Declareren op CAK-regelingen	79
<b>3. Regionale organisaties die een bijdrage (kunnen) leveren aan straatzorg</b>	<b>70</b>	7.3 Tips voor succesvolle declaratie bij CAK	79
3.1 Regionale Huisartsenorganisaties (RHO's)	70	7.4 Aanvullende financiering vanuit de Zorgverzekeringswet via overleg tussen RHO en Zorgverzekeraar	80
3.2 Regionale Huisartsenspoedposten	70		
3.3 Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)	70	<b>8. Kortdurende Opname – ELV-bedden en Respijtzorg – Ontwikkelingen in de Wlz</b>	<b>81</b>
3.4 Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV)	71	8.1 Eerstelijns Verblijf (ELV)	81
3.5 De Achterstandsfondsen	71	8.2 Respijtzorg	81
		8.3 Wat kun je als straatzorgverlener doen?	81
<b>4. Landelijke spelers die een bijdrage (kunnen) leveren aan straatzorg</b>	<b>72</b>	8.4 Ontwikkelingen Wet Langdurige Zorg (Wlz)	81
4.1 De zorgverzekeraar	72	8.5 Relevante bronnen	83
4.2 Het Zorgkantoor en het CIZ	72		
4.3 GGD GHOR Nederland	73		
4.4 Vereniging Nederlands Gemeenten (VNG)	73		
4.5 InEen, LHV en NHG	74		



## 1. Patiëntrechten en Plichten van Zorgverleners in de Straatzorg

Zorgverleners hebben wettelijke plichten die hen helpen om professioneel, verantwoord en veilig te werken – ook in niet-standaard situaties. Daarom is het belangrijk om de juridische kaders en professionele standaarden die jouw werk raken goed te kennen. Kennis van deze kaders helpt bij het voorkomen van klachten, tuchtrechtelijke procedures en onbedoelde risico's voor zowel patiënt als zorgverlener. In deze bijlage vind je een selectie van wetten en beroepscode's die een rol spelen in straat-zorg. Er zijn nog meer specifieke wetten van toepassing in bijzondere omstandigheden, denk hierbij aan wetten die van toepassing zijn op zorg die niet vrijwillig wordt gezocht (bijvoorbeeld Wet Zorg en Dwang of Wet Verplichte GGZ) of wetten die specifieke groepen mensen raken (bijvoorbeeld de Vreemdelingenwet of wetten in de forensische zorg). Deze vallen buiten de scope van deze gids.

### 1.1 Patiëntenrechten

Patiëntenrechten beschermen kwetsbare mensen tegen willekeur en bevorderen respectvolle, veilige zorg. De volgende wetten zijn niet alleen in de medische praktijk van toepassing, maar ook op de zorg die op straat of in de opvanglocatie wordt geleverd.

#### WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst)

Regelt de behandelrelatie tussen zorgverlener en patiënt. Belangrijkste rechten:

- recht op informatie en toestemming;
- recht op inzage in het medisch dossier;
- recht op privacy en vertrouwelijkheid;
- recht op goede zorg.

#### Wkkgz (Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg)

Definieert wat onder 'goede zorg' valt:

- veilig, effectief, doelmatig en cliëntgericht;
- tijdig en afgestemd op de reële behoefte;
- in lijn met professionele standaarden.

#### WMCZ (Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen)

WMCZ regelt dat cliënten/ patiënten formeel invloed hebben op het beleid van zorginstellingen.

### 1.2 Plichten van zorgverleners en zorginstellingen

Afhankelijk van het type zorg- en organisatievorm gelden verschillende verplichtingen:

#### BIG-registratie

Deze is verplicht voor beroepen zoals artsen, verpleegkundigen en psychologen.

Zie [BIG-register](#)

#### Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg (Wkkgz) en Wet Toelating Zorg Aanbieders (WTZA)

Deze wetten borgen kwaliteit en veiligheid van zorg door zorgaanbieders. Let op:

- Wkkgz geldt niet voor Wmo-ondersteuning en jeugdhulp.
- WTZA vereist soms een toelatingsvergunning en intern toezicht.

#### Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz)

Deze wetten eisen onder andere een zorgplan, medezeggenschap en klachtenregeling bij declarabele zorg.

### 1.3 Professionele standaarden en ethiek

In straatzorg is 'zorgvuldig handelen buiten de lijntjes' soms nodig. Dat betekent soms afwijken van reguliere richtlijnen. Dit mag, mits:

- gefundeerd op een professionele afweging;



- goed gedocumenteerd in het medisch dossier;
- in lijn met beroepscode/ professionele standaarden.

Documenteer afwijkend handelen goed en overleg met collega's of ethische commissies. Gebruik de beroepscode van KNMG en V&VN als kompas bij ethische dilemma's.

### 1.4 Meldcode huiselijk geweld

Straatzorgverleners komen regelmatig in aanraking met geweld in afhankelijkheidsrelaties. Zorg dat je de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling kent en toepast.

### 1.5 Relevante bronnen over wetten en beroepscode

Hieronder vind je een overzicht van nuttige bronnen:

ONDERWERP	LINK
<b>KNMG-gedragcode voor artsen</b>	<a href="#">Gedragcode voor artsen   KNMG</a>
<b>Beroepscode voor Verpleegkundigen en Verzorgenden</b>	<a href="#">Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgenden   V&amp;VN</a>
<b>Verpleegkundig Specialisten</b>	<a href="#">Beroepsprofiel   V&amp;VN VS</a>
<b>Beroepscode voor professionals in sociaal werk</b>	<a href="#">Beroepscode voor professionals in sociaal werk</a>
<b>Rechten van de patiënt</b>	<a href="#">Rechten van de patiënt   Zorgwijzer</a>
<b>Patiënteninformatie</b>	<a href="#">Thuisarts.nl/rechten en plichten</a>
<b>Governancecode Zorg</b>	<a href="#">Governancecode Zorg 2022</a>
<b>Kwaliteitseisen zorgaanbieders</b>	<a href="#">Kwaliteitseisen zorgaanbieders   Kwaliteit van de zorg   Rijksoverheid.nl</a>
<b>Wkkgz uitleg</b>	<a href="#">Ondernemersplein   Kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz)</a>
<b>WTZA-toelating</b>	<a href="#">Toetreding zorgaanbieders</a>
<b>Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling</b>	<a href="#">Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling   Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd</a>



## 2. Lokale organisaties die een bijdrage kunnen leveren aan straatzorg

### 2.1 De gemeente en de maatschappelijke opvangorganisaties

De gemeente is onder meer verantwoordelijk voor de inschrijving in de Basisregistratie Personen (BRP) en Registratie Niet-Ingezetenen (RNI) en het verkrijgen van een postadres. Dat is noodzakelijk voor het krijgen van een zorgverzekering.

Gemeenten organiseren ook op verschillende manieren ondersteuning voor mensen in een kwetsbare leefsituatie. Denk hierbij aan maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, toeleiding naar wonen, en proactieve zorg voor mensen die tussen wal en schip van zorg- en ondersteuning vallen.

Dit laatste wordt vaak benoemd als 'bemoeizorg', OGGZ (term uit vroegere Wet Maatschappelijke Ondersteuning), vangnetzorg of maatschappelijke zorg. Vaak gaat het om netwerkzorg, waarin verschillende organisaties samenwerken. Meestal zijn dat sociaal werk, straatcoaches, verslavingszorg, ggz-instellingen en de GGD. Denk hierbij aan:

- het begeleiden van mensen naar zorg en ondersteuning, en hen binnen de zorg verder helpen;
- het organiseren van spreekuren in de maatschappelijke opvang;
- het in kaart brengen van ondersteuningsbehoeften (bijvoorbeeld via een OGGZ-monitor);
- multidisciplinair overleg met bijvoorbeeld politie, Veilig Thuis en zorgorganisaties.

De Maatschappelijke Opvang voor kwetsbare inwoners valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en wordt gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning

(Wmo). Centrumgemeenten coördineren dit vaak voor de hele regio. De uitvoering ligt bij zorg- en welzijnsorganisaties. Met hen kunnen straatzorginitiatieven samenwerken in casuïstiekoverleg, signalering en toeleiding naar passende zorg.

### 2.2 Mondzorg/ tandartsenzorg

Organisatie van mondzorg voor dak- en thuislozen kan een uitdaging vormen. Het loont om met lokale tandartsen afspraken te maken over het verlenen van mondzorg aan deze doelgroep. Kijk voor een overzicht van bij ons bekende straat-mondzorgverleners op [de site](#). Verslaafde patiënten kunnen ook terecht bij de tandarts van Jellinek.

Voor specifieke vragen over mondzorg, mail de NSG via [mondzorg@straatdokter.nl](mailto:mondzorg@straatdokter.nl).

### 2.3 De apotheek

Apotheken zijn belangrijke partners in straatzorg. Zij zorgen dat mensen zonder vaste woonplek toegang krijgen en houden tot hun medicijnen. Apotheken kunnen meedenken over praktische oplossingen voor medicatieverstrekking (zoals kleinere verpakkingen of uitgifte via straatzorgteams). Apothekers werken samen in [lokale/ regionale apothekersorganisaties](#).

Landelijk zorgen organisaties zoals [KNMP](#) en [NVZA](#) voor beleid, richtlijnen en ondersteuning. De KNMP ondersteunt haar leden ook met informatie over de mogelijkheden om [O&I](#) gelden te krijgen voor multidisciplinaire samenwerking. Het is essentieel dat de apotheken waarmee je nauw samenwerkt contracten hebben bij het CAK, zodat ze ook medicatie kunnen verstrekken aan mensen zonder zorgverzekering via de [SOV-](#) en [OVV-regelingen](#).



## 2.4 De organisatie die jeugdgezondheidszorg biedt in jouw regio

Achter iedere volwassen persoon die jij ziet, zit mogelijk een kind. Iedere gemeente organiseert jeugdgezondheidszorg. Je kunt de JGZ-organisatie in jouw regio vinden via [ncj.nl/locaties-jgz/](https://ncj.nl/locaties-jgz/)

Wat kan de JGZ-organisatie betekenen voor straatzorgverleners:

- Het regelen van inhaalvaccinaties voor kinderen die niet (op tijd) gevaccineerd zijn in het Rijksvaccinatieprogramma.
- Verkennen van de mogelijkheden voor zwangere vrouwen, waaronder het prenatale zwangerschapsgesprek bedoeld voor een goede bevalling en een zo gezond mogelijke eerste 1000 dagen in het leven, de kinkhoest- en griepvaccinatie. Hiervoor werkt de JGZ samen met de verloskundigen in de regio.
- Overleg over andere zorg omtrent de mentale en sociale ontwikkeling, groei en opvoeding die mogelijk nodig en beschikbaar is voor kinderen.

## 2.5 De medische dienst van de Penitentiaire Inrichting (PI)

Straatzorgorganisaties hebben regelmatig te maken met mensen die vrijkomen uit een Penitentiaire Inrichting (PI). Voor deze groep is extra aandacht nodig om de kwaliteit en continuïteit van medische zorg te borgen. Houd rekening met schaamte of terughoudendheid om te vertellen over detentie of dakloosheid, waardoor (sociaal-)medische informatie vaak ontbreekt. Gemeenten hebben hierin ook een rol, zij leveren nazorg na detentie. NSG is in gesprek met Dienst Justitiële Inrichtingen en verschillende Penitentiaire Inrichtingen over verbetering van overdracht en samenwerking. Maak gebruik van wat al in ontwikkeling is.

Zoek samenwerking met de medische dienst van de PI over:

- Het herstarten van de zorgverzekering na detentie. Tijdens detentie wordt de zorgverzekering gepauzeerd (niet gestopt). De zorgverzekering moet weer geactiveerd worden. Dit is vaak een eenvoudige stap, maar iemand heeft hierbij soms hulp nodig.
- Overdracht van relevante medische gegevens. De cliënt moet toestemming geven voor het delen van medische gegevens.
- Zorg dat duidelijk is welke medicatie wordt meegegeven, voor hoelang, en wat er daarna nodig is. Wanneer verwachtingen niet duidelijk zijn, kan dit leiden tot lastige situaties. Zo kan een cliënt na vrijlating verwachten dat straatzorgverleners bepaalde (verslavende) medicatie voortzetten, terwijl veel straatzorgteams hier juist terughoudend mee omgaan. Goede overdracht van informatie over medicatie en behandelbeleid helpt frustratie en mogelijk agressie te voorkomen. Zolang systemen niet gekoppeld zijn: werk met veilige e-mail of PDF-overdracht (papier gaat snel verloren op straat).
- Maak afspraken over wie vervolgzorg regelt: GGZ, verslavingszorg en eventueel medisch-specialistische zorg. Reclassering kan hierin soms een ondersteunende rol spelen.



### 3. Regionale organisaties die een bijdrage (kunnen) leveren aan straatzorg

#### 3.1 Regionale Huisartsenorganisaties (RHO's)

Welke vorm straatzorg ook krijgt: huisarts-geneeskundige zorg maakt er altijd deel van uit. Huisartsenzorg kent verschillende praktijkvormen – van zelfstandige praktijken tot huisartsen in loondienst bij een gezondheidscentrum – maar vrijwel alle huisartsenpraktijken zijn aangesloten bij RHO. RHO's ondersteunen huisartsen bij samenwerking in de wijk, chronische zorg, ICT, praktijkorganisatie en huisvesting. Zij ontvangen van zorgverzekeraars middelen voor Organisatie & Infrastructuur (O&I) en leggen in een regioplan vast hoe deze worden ingezet. Er is veel voor te zeggen om de extra organisatiekosten voor de eerstelijnszorg aan dak- en thuisloze mensen op te nemen in de regioplannen. Goede toegang voor huisartsenzorg aan dak- en thuisloze mensen vraagt maatwerk en kan, mits goed georganiseerd, de druk op de reguliere huisartsenpraktijken doen afnemen.

Door straatzorg op te nemen in het regioplan komt er structurele aandacht voor dak- en thuislozenzorg in de regio.

**i Meer informatie:** via de lokale huisartsen of leidende zorgverzekeraar in de regio. Of kijk op [Hechte huisartsenzorg](#).

#### 3.2 Regionale Huisartsenspoedposten

Alle huisartsenpraktijken zijn voor avond-, nacht- en weekendzorg (ANW) aangesloten bij een regionale huisartsenspoedpost. Belangrijk is dat er duidelijke afspraken zijn met de huisartsenpost over ANW-zorg voor dak- en thuisloze mensen. Denk hierbij aan hoe om te gaan met mensen die aanlopen (zonder verwijzing)

of het overdragen van spoedzorg of zorg buiten kantoortijden naar de zorgverlener die gegeven adviezen en in gang gezette verwijzingen kan opvolgen.

**i Meer informatie:** via de lokale huisartsen of de RHO.

#### 3.3 Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS)

Naast de RHO en de RESV kan ook de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) een waardevolle partner zijn bij het organiseren van straatzorg.

Regionale ondersteuningsstructuren (ROS) zijn onafhankelijke organisaties die samenwerking en innovatie in de eerstelijnszorg stimuleren. Zij ondersteunen zorgverleners, gemeenten en andere eerstelijnsorganisaties bij samenwerking, netwerkvorming en projectontwikkeling. ROS-adviseurs kennen het regionale zorglandschap goed en kunnen straatzorgverleners en gemeenten helpen bij het opstarten en versterken van regionale netwerken, onder meer door:

- overleg en kennisdeling tussen partners te faciliteren;
- proces- of projectbegeleiding te bieden;
- subsidieaanvragen te verzorgen en te verantwoorden;
- zorg, welzijn en het sociaal domein met elkaar te verbinden;
- bestaande initiatieven en hiaten in zorg in kaart te brengen;
- regionale plannen of projectvoorstellen te ontwikkelen.

**i Meer informatie:** zie [ROS netwerk](#) voor een overzicht van alle Regionale Ondersteuningsstructuren en contactpersonen per regio.



### 3.4 Regionaal Eerstelijns Samenwerkingsverband (RESV)

In een aantal regio's ontstaan al initiatieven tot het vormen van zogenaamde **Regionale Eerstelijns Samenwerkingsverbanden (RESV)**.

Een RESV is een breed regionaal samenwerkingsverband van eerstelijnszorgverleners (zoals huisartsen, apothekers, wijkverpleegkundigen, paramedici en soms ook sociaal domein), terwijl een RHO specifiek de huisartsen in een regio vertegenwoordigt en ondersteunt. Het vormen van RESV komt voort uit de Visie Eerstelijnszorg 2030 bedoeld voor 'discipline overstijgende eerstelijns samenwerking op regionaal niveau'. Doel van de RESV is om samen te werken aan integrale zorg op basis van de behoeften in de regio. Thema's zijn bijvoorbeeld passende zorg, gegevensuitwisseling en samenwerking met het sociaal domein. Het doel is dat in 2030 in elke regio een RESV actief is, met een aanpak die past bij de lokale situatie.

**i Meer informatie:** vraag bij je ROS, RHO of gemeente welke netwerken in jouw regio actief zijn.

### 3.5 De Achterstandsfondsen

Achterstandsfondsen ondersteunen huisartsen die werken met patiënten in sociaal kwetsbare omstandigheden. Zij kunnen extra middelen, projecten en diensten bieden om de kwaliteit van zorg te versterken en de werkdruk te verlichten. Elk regionaal fonds heeft eigen producten en voorwaarden; via de landelijke website vind je een overzicht van alle fondsen. Straatzorgverleners kunnen overleg opnemen met hun regionale achterstandsfonds om de mogelijkheden te verkennen.

• Soms kun je projectfinanciering aanvragen voor niet-declarabele zorg, zoals 'outreaching' werk of casuscoördinatie.

- Sommige fondsen bieden standaardvergoedingen of faciliteiten, zoals tolken-telefoon, vertaaltools of extra POH-uren.
- Soms kun je hier ook ondersteuning vinden voor advies of begeleiding bij de ontwikkeling en uitvoering van projecten in de wijk of praktijk.

**i Meer informatie:** de **Achterstandsfondsen**, via [info@achterstandsfondsen.nl](mailto:info@achterstandsfondsen.nl) of vraag je regionale huisartsenorganisatie om advies.



## 4. Landelijke spelers die een bijdrage (kunnen) leveren aan straatzorg

### 4.1 De zorgverzekeraar

Afspraken over financiering en organisatie van straatzorg lopen vaak via de RHO of eerstelijnsorganisatie in de regio, omdat zij formeel de contractpartner zijn van de zorgverzekeraar. Vaak heeft de zorgverzekeraar een belangrijke rol bij het starten en ontwikkelen van straatzorginitiatieven. Wat kan een straatzorgpraktijk of gemeente verwachten?

#### Ondersteuning bij structurele inbedding

De zorgverzekeraar kan niet altijd zelf een contract sluiten, maar wel bepalen dát straatzorg te contracteren is via de RHO. De zorgverzekeraar kan:

- straatzorg erkennen als noodzakelijk onderdeel van de eerstelijnszorg voor een specifieke doelgroep;
- meedenken over structurele financiering (i.p.v. tijdelijke projectsubsidies);
- de RHO melden dat straatzorg onderdeel zou moeten zijn van het regionale zorgaanbod.

#### Toegankelijker maken van zorg voor onverzekerden of lastig verzekerbare patiënten

Om zorgmijding en acute zorgkosten op SEH of crisisopvang te vermijden, kan de zorgverzekeraar:

- helpen bij (her)inschrijving zonder vaste woon- of verblijfplaats (via postadres of RNI);
- ondersteunen bij het oplossen van premie- en incassoproblemen;
- zorgen dat cliënten niet tussen systemen vallen bij overgang straatsituatie ↔ opvang ↔ detentie.

#### Meedenken over passende financieringsvormen

De verzekeraar kan in overleg met de RHO meewerken aan regionale maatwerkafspraken, zoals:

- inzet van praktijkondersteuner GGZ / somatiek op locatie (via RHO-organisatie);
- consultatie-uren voor samenwerking met GGD, GGZ of verslavingszorg;
- inzet van overbruggingsmiddelen bij opstart van nieuwe straatteams.

### 4.2 Het Zorgkantoor en het CIZ

Er zijn mensen die blijvend 24 uur per dag zorg of toezicht in de nabijheid nodig hebben. Bijvoorbeeld omdat zij last hebben van ernstige psychiatrische problematiek, cognitieve beperkingen of langdurige somatische aandoeningen. Voor deze mensen kan zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) passend zijn. Het CIZ beoordeelt of iemand recht heeft op Wlz-zorg. Het Zorgkantoor organiseert en financiert deze zorg in de regio. Het Zorgkantoor financiert de zorg pas nadat het CIZ een Wlz-indicatie heeft toegekend.

Wat kan het Zorgkantoor betekenen voor straatzorginitiatieven?

- **Meedenken in complexe casuïstiek**  
Bijvoorbeeld wanneer iemand structurele, 24-uurs nabijheid nodig heeft, maar niet in reguliere opvang past.
- **Ondersteunen bij het regelen van passende zorgplekken**  
Denk aan: beschermd wonen, intensieve woonzorg of Wlz-plekken in de wijk.
- **Procesbegeleiding bieden bij Wlz-toeleiding**  
Het Zorgkantoor kan helpen om een aanvraag voor te bereiden; benodigde medische en sociale informatie verzamelen; te



schakelen tussen straatzorg, GGZ en overige zorgaanbieders.

- **Bemiddelen als iemand geen zorg meer dreigt te krijgen**

Bijvoorbeeld bij beëindiging van opvang of afwijzing door zorgaanbieders.

**i** Meer informatie: [ciz.nl](http://ciz.nl)

### 4.3 GGD GHOR Nederland

GGD GHOR Nederland is de landelijke koepel van alle 25 GGD'en en GHOR-bureaus. Ze stemmen initiatieven tussen de regionale GGDen en GHOR-bureaus af. Ook behartigen ze belangen op het gebied van publieke gezondheid, waaronder infectieziektebestrijding en crisisbeheersing.

- **GGD:** voert lokale publieke gezondheidstaken uit op basis van de Wet Publieke Gezondheid, zoals infectieziektebestrijding (waaronder soa- en tbc-zorg) en medisch-milieukundige advisering. Bij risico's voor de volksgezondheid - bijvoorbeeld tijdens een uitbraak van een infectieziekte in de (winter)opvang - kunnen straatzorgteams ondersteuning vragen aan de GGD. Soms draagt de GGD via een aanvullende opdracht van de gemeente bij aan bemoeizorg ofwel OGGZ-zorg.
- **GHOR:** coördineert medische hulp bij rampen en crisissituaties binnen de veiligheidsregio, zoals bij extreme hitte en kou.

GGD GHOR Nederland is medeondertekenaar van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

De Directeuren Publieke Gezondheid geven zowel (operationele) leiding aan de GGD als aan de GHOR-organisatie.

**i** **Meer informatie:** zie voor algemene informatie [GGD GHOR Nederland](#)

Zie [Home - GGD](#) voor de GGD in jouw regio

Zie de lijst van [Directeuren Publieke Gezondheid - GGD GHOR Nederland](#), voor de directeur Publieke Gezondheid in jouw regio.

### 4.4 Vereniging Nederlands Gemeenten (VNG)

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) vertegenwoordigt de belangen van de ruim driehonderd gemeenten en is ondertekenaar van het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA). Het AZWA biedt kansen voor betere samenwerking tussen het sociaal domein en medische zorg, met extra aandacht voor mensen in kwetsbare posities.

Gemeenten die straatzorg willen opzetten of versterken, kunnen de VNG benaderen voor:

- strategisch advies van regioadviseurs bij lokale aanpakken;
- handreikingen en praktijkvoorbeelden via [Eerst een Thuis](#);
- facilitering van samenwerking in regionale leerkringen en netwerken;
- monitoring tools zoals het [Dashboard Dakloosheid](#) voor inzicht en sturing;
- beleidsruimte en belangenbehartiging via het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA).

**i** **Meer informatie:** [VNG](#) en [Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#)



## 4.5 InEen, LHV en NHG

InEen, LHV (Landelijke Huisartsen Vereniging) en NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) vervullen ieder een eigen, maar samenhangende rol in het versterken van de eerstelijnszorg in Nederland. Daarmee dragen zij ook bij aan de ontwikkeling en borging van straatzorg binnen de huisartsenzorg.

### InEen

InEen vertegenwoordigt de regionale huisartsenorganisaties (RHO's) en huisartsenposten. Voor straatzorg is InEen belangrijk, omdat zij zich hard kunnen maken voor het agenderen van de structurele organisatie en financiering van straatzorg op de agenda's van de RHO's enerzijds en de beleidsmatige verbinding met landelijke partijen zoals VWS, GGD GHOR Nederland en zorgverzekeraars anderzijds.

**i** Meer informatie: [InEen](#)

### Landelijke Huisartsen Vereniging

De LHV behartigt de belangen van huisartsen en zet zich in voor goede randvoorwaarden om zorg te kunnen leveren – ook voor mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats. Voor straatzorgverleners betekent dit:

- diverse handreikingen en richtlijnen die praktijkvoering ondersteunen, waaronder de handreikingen genoemd in deze gids;
- ondersteuning bij positionering van straatzorg als onderdeel van reguliere huisartsenzorg;
- bijdragen aan landelijke beleidsontwikkeling over zorg voor kwetsbare groepen.

Daarnaast heeft de LHV regionale afvaardigingen die actief deelnemen aan overlegtafels in hun regio. Dat biedt kansen om:

- lokale straatzorginitiatieven te helpen afstemmen met huisartsenkringen en RHO's;
- belangen van straatzorgverleners te vertegenwoordigen in regionale samenwerkingsverbanden;
- mee te denken over praktische inbedding van straatzorg binnen bestaande huisartsenzorgstructuren.

**i** Meer informatie: [LHV](#)

### Nederlands Huisartsen Genootschap

Het NHG ontwikkelt richtlijnen, standaarden en praktische hulpmiddelen voor huisartsen. Voor straatzorg is dit van belang omdat:

- bestaande NHG-richtlijnen ook de basis vormen voor huisartsgeneeskundige zorg aan mensen die dak- en thuisloos zijn;
- aanvullende richtlijnen en scholingen van het NHG kunnen helpen om zorg beter af te stemmen op deze doelgroep.

**i** Meer informatie: [Richtlijnen NHG](#)



## 5. Organisaties die specifieke doelgroepen ondersteunen

### 5.1 Valente

Vereniging Valente is de landelijke branchvereniging voor organisaties die hulp en begeleiding bieden aan kwetsbare mensen in onze samenleving, zoals dakloze mensen, mensen die te maken hebben met huiselijk geweld en cliënten in begeleid en beschermd wonen. De branchevereniging vertegenwoordigt tientallen instellingen en instanties uit het hele land, verbindt duizenden professionals en zorgt voor een continue dialoog tussen branche, politiek en maatschappij.

**i** Meer informatie: [Valente](#)

### 5.2 Lampion

Lampion is het landelijke informatie- en adviespunt over zorg aan mensen zonder verblijfspapieren. Ze bieden voorlichting, advies en kennisuitwisseling aan zorgverleners, maatschappelijke organisaties en gemeenten. Lampion kan straatzorgverleners helpen bij:

- vragen over toegang tot zorg, financiering en juridische kaders;
- doorverwijzing naar lokale experts of passende hulp;
- signalering van knelpunten in de zorg en het aankaarten daarvan bij beleidsmakers.

Dokters van de Wereld (zie bijlage 5.7) beheert het secretariaat van Lampion. Op basis van de vraag of het verzoek wordt gericht doorverwezen binnen het netwerk van Lampion.

**i** Meer informatie: [Lampion](#) of [Dokters van de Wereld](#). Actuele informatie is ook te vinden op de [Lampion LinkedIn pagina](#)

### 5.3 Stichting Barka

Barka ondersteunt dakloze EU-migranten (vooral uit Midden- en Oost-Europa) die op straat leven of tussen wal en schip vallen in de hulpverlening. Barka helpt mensen weer op weg naar werk, huisvesting of terugkeer naar het land van herkomst – altijd op vrijwillige basis. De begeleiders van Barka spreken de taal, kennen de cultuur en hebben vaak zelf ervaring met herstel. Barka is actief in meerdere steden (zoals Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) en werkt op basis van partnerschappen met gemeenten. Straatzorgverleners kunnen Barka inschakelen bij complexe situaties met EU-burgers, bijvoorbeeld:

- geen toegang tot opvang of zorg;
- verslaving en dakloosheid;
- juridische of administratieve problemen.

Wat kan Barka doen voor straatzorgverleners?

- Barka kan meelopen met straatteams om contact te maken met EU-migranten die moeilijk bereikbaar zijn voor Nederlandse hulpverleners.
- Barka biedt vertaal- en cultuursensitieve ondersteuning in gesprekken of bemiddeling tussen de gemeente, opvang en de persoon zelf.
- Barka helpt bij praktische oplossingen zoals contact met familie, werkbemiddeling of terugkeer naar huis.
- Barka werkt samen met veel gemeenten, GGD's en opvangorganisaties en kan dus een waardevolle schakel zijn in het netwerk van straatzorgverleners.

**i** Meer informatie: [Stichting Barka](#)



## 5.4 VluchtelingenWerk

VluchtelingenWerk ondersteunt asielzoekers, statushouders en soms ook uitgeprocedeerde vreemdelingen bij hun verblijf in Nederland. Ze helpen bij opvang, integratie, juridische begeleiding en maatschappelijke participatie. In veel gemeenten werken ze samen met lokale organisaties rond huisvesting, inburgering en begeleiding naar werk of onderwijs. Wat VluchtelingenWerk kan betekenen voor straatzorgverleners:

- VluchtelingenWerk kan informatie en begeleiding bieden over de verblijfsstatus van mensen die op straat leven maar die (mogelijk) recht hebben op opvang of ondersteuning.
- VluchtelingenWerk helpt straatzorgverleners bij juridische en praktische vragen over verblijfsrecht, procedures en toegang tot voorzieningen.
- Als iemand (bijna) uitgeprocedeed is of in onzekerheid verkeert, kan VluchtelingenWerk meedenken over vervolgstappen, herintegratie of humanitaire opvang.
- VluchtelingenWerk werkt met lokale vrijwilligers en met contactpersonen die de taal en cultuur van de betreffende vluchteling begrijpen, wat helpt bij het opbouwen van vertrouwen.

**i** Meer informatie: [VluchtelingenWerk](#)

## 5.5 Kenniscentrum Global Health (KCGH)

Het Kenniscentrum Global Health ondersteunt zorgprofessionals en organisaties in het omgaan met gezondheidsvraagstukken die spelen in een internationale en migratiecontext. KCGH biedt trainingen, tools, kennisdeling en netwerkvorming over thema's zoals gezondheidsverschillen, cultuur en communicatie, en zorg voor

mensen met een migratieachtergrond.

KCGH werkt landelijk en is gericht op kennis en ondersteuning, niet op individuele begeleiding van cliënten. Het is dus een kennispartner voor straatzorgverleners en gemeenten.

**i** Meer informatie: [KCGH](#)

## 5.6 Pharos

Pharos zet zich in voor een samenleving waarin iedereen kan meedoen en de zorg iedereen bereikt, ook mensen die nu vaak buiten beeld blijven. De organisatie verkleint gezondheidsverschillen door kennis en praktische handvatten te bieden over onder meer cultuursensitieve zorg, gezondheidsvaardigheden en communicatie op maat. Pharos ondersteunt professionals, gemeenten en organisaties om hun zorg begrijpelijker, toegankelijker en effectiever te maken – voor iedereen, ongeacht achtergrond of omstandigheden.

**i** Meer informatie: [Gezondheidszorg voor iedereen - Pharos](#)

[Het thema gezondheidsvaardigheden op de kaart zetten in je organisatie - Pharos](#)

## 5.7 Dokters van de Wereld

Dokters van de Wereld is een onafhankelijke internationale vrijwilligersbeweging die werkt in binnen- en buitenland. Dokters van de Wereld zet zich in voor mensen die geen of beperkte toegang hebben tot reguliere zorg, zoals onverzekerde mensen, dak- en thuisloze mensen, ongedocumenteerde mensen en mensen in complexe sociale omstandigheden. Dokters van de Wereld werken met vrijwilligers – onder wie artsen, tandartsen, verpleegkundigen en psychologen – en combineren zorgverlening met inzet voor structurele verbeteringen in het zorgsysteem.



- Met mobiele Zorgbussen en Zorgcafés biedt Dokters van de Wereld laagdrempelige medische en psychosociale basiszorg, gezondheidsvoorlichting, gratis anticonceptie, SOA-tests en uitstrijkjes en begeleiding naar reguliere zorg.
- Via de Mondzorgkaravaan bieden vrijwillige tandartsen noodbehandelingen. Daarnaast bestaat het Compassie Netwerk, een landelijk netwerk van tandartsen die gratis vervolgbehandelingen uitvoeren voor mensen zonder toegang tot mondzorg.

**i** Meer informatie: [Dokters van de Wereld](#)

### 5.8 Het Nederlandse Rode Kruis

Het Rode Kruis biedt in Nederland laagdrempelige ondersteuning aan mensen in kwetsbare situaties, waaronder dak- en thuisloze mensen en ongedocumenteerde mensen. De organisatie werkt met duizenden vrijwilligers in lokale afdelingen en verleent hulp zoals EHBO, basis medische ondersteuning, psychosociale hulp en ondersteuning in nood- en winteropvang.

Het Rode Kruis ondersteunt op verschillende plekken straatzorg. Zo helpen vrijwilligers bij spreekuren voor dak- en thuisloze mensen onder meer met wondzorg, EHBO en praktische ondersteuning om de toegang naar opvang en zorg te vinden. De organisatie zet zich daarnaast landelijk in voor veilige en toegankelijke opvang voor mensen zonder vaste verblijfplaats.

**i** Meer informatie: [Het Rode Kruis](#)

### 5.9 Mogelijk ook relevant

Signalen van zorgverleners en analyse van de populatie potentiële zorgvragers kunnen aanleiding geven om verder te zoeken naar informatie, advies en samenwerking. Mogelijk

is het voor jouw regio relevant om te kijken naar de werkwijzen en mogelijkheden van:

- CoMensha: Meldpunt Mensenhandel [Voor professionals - CoMensha](#)
- COA & IND
- Ministerie van VWS
- Ministerie van Justitie en Veiligheid
- Veiligheidsregio
- Veilig Thuis organisaties
- Werkgevers (m.n. voor arbeidsmigranten)
- Zorg en Veiligheidshuizen



## 6. Landelijke (zorg)akkoorden met regionale impact

### 6.1 Zorgakkoorden

Landelijke zorgakkoorden zoals het Integraal Zorgakkoord (IZA) en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) bieden belangrijke aanknopingspunten om straatzorg in de regio beter te organiseren en te bekostigen. Deze akkoorden stimuleren samenwerking tussen eerstelijnszorg, sociaal domein en ggz, en maken ruimte voor nieuwe, wijkgerichte zorgvormen.

De eerstelijnszorg is mede door deze akkoorden in beweging. Wat vandaag nog niet mogelijk is, kan op termijn wél binnen bereik komen. Voor straatzorg betekent dit dat initiatiefnemers kunnen aanhaken bij regionale samenwerkings- en financieringsafspraken die vanuit deze akkoorden worden ontwikkeld.

Ten slotte zijn er ook ontwikkelingen rondom de preventie van dakloosheid, volgende uit het [Nationaal Actieplan Dakloosheid](#)

#### **i** Meer informatie:

[Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord](#)

[Stand van de zorg 2025 | Nederlandse Zorgautoriteit](#)

### 6.2 Vier principes voor passende zorg

NSG sluit aan bij de vier principes van de beweging Passende zorg, zoals uitgedragen door het Zorg Instituut Nederland:

- Passende zorg is de zorg die werkt tegen een redelijke prijs.
- Passende zorg wordt, waar mogelijk, dicht bij de patiënt georganiseerd.

- Bij passende zorg beslissen patiënten samen met hun arts over wat voor hen de best mogelijke behandeling is.
- Passende zorg gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en de aandacht voor wat iemand wel kan.

#### **i** Meer informatie:

[Zorginstituut Nederland | Passende zorg](#)



## 7. Aandachtspunten bij financiering

### 7.1 Puzzelen met financieringsbronnen

In [hoofdstuk 5](#) is informatie te vinden over de financiering van straatzorg. Om de begroting dekkend te krijgen, is het vaak nodig om lokaal te puzzelen met financieringsbronnen.

### 7.2 Declareren op CAK-regelingen

#### Declaratiecodes huisartsenzorg

Er zijn verschillende codes om huisartsenzorg te declareren bij het CAK (zichtbaar via Vecozo koppeling voor digitaal declareren), waaronder:

- 12528** Consult voor onverzekerden < 5 min
- 12529** Consult voor onverzekerden 5–20 min
- 12530** Consult voor onverzekerden > 20 min
- 12531** Visite voor onverzekerden < 20 min
- 12532** Visite voor onverzekerden > 20 min
- 12533** Vaccinatie/ injecties voor onverzekerden
- 13012** Chirurgie
- 13042** IUD (spiraaltje) of etonogestrel implantaatiestaafje aanbrengen/implanteren en/of verwijderen
- 13023** Therapeutische injectie (Cyriax)
- 13024** Oogboring
- 13015** Ambulante compressietherapie bij ulcus cruris

Zie voor de tarieven de [NZa-maximumtarieven huisartsenzorg 2026](#)

Let op:

- Declaraties op de regeling SOV leveren 100% vergoeding voor medisch noodzakelijke zorg.
- Declaraties op de OVV-regeling betekent 80% vergoeding voor huisartsgeneeskundige zorg (20% komt voor rekening van de zorgverlener).
- Ziekenhuizen/apotheken met CAK-contract worden altijd voor 100% vergoed.

Zie [CAK Wegwijzer](#) voor actuele instructies.

### 7.3 Tips voor succesvolle declaratie bij CAK

Je kunt bij het CAK zowel digitaal als per post declareren. Bij correct digitaal declareren zijn ondertekende formulieren niet nodig.

#### Digitaal declareren:

- Gebruik VECOZO voor digitaal declareren.
- Deel je patiënten in, in een eigen categorie (onverzekerd EU/NL of ongedocumenteerd) en koppel die aan de juiste regeling (SOV – uzovi 3356 en OVV- uzovi 9989). Door de uzovi goed te koppelen gaat de declaratie naar de juiste regeling.
- Neem contact op met jouw HIS-leverancier en vraag om eenmalig een script te draaien.
- Vul verzekeringscontractnummers in met 10 cijfers, anders lukt digitaal versturen niet. Bijvoorbeeld 9999999999.
- Zorg dat ook BSN, geboorteland en nationaliteit goed in dossier/ gekoppeld aan declaratie staan.

#### Declareren per post:

- Vul formulieren volledig, correct en tijdig in.
- BSN is vereist bij SOV-declaraties.
- Vul bij elke patiënt de nationaliteit en geboorteland in.
- Controleer of je de juiste regeling hebt gekozen bij het declareren (bij digitaal declareren gaat dit automatisch)
- Vergeet de formulieren niet te ondertekenen.



#### 7.4 Aanvullende financiering vanuit de Zorgverzekeringswet via overleg tussen RHO en Zorgverzekeraar

In overleg tussen zorgverlener, RHO en zorgverzekeraar kunnen de volgende mogelijke opslagen en/of subsidies worden verkend:

- Opslag inschrijving verzekerden woonachtig in opslagwijk (zie 3.1 in [LHV-declareerwijzer 2025](#)). De opslag voor patiënten in achterstandswijken hoeft niet onderhandeld te worden, maar is vastgelegd. De vraag is waar het postadres van dak- en thuisloze mensen zich bevindt. Misschien kan er met de zorgverzekeraar(s) worden afgesproken om één postcode uit een opslagwijk te hanteren voor alle dak- en thuisloze mensen met een post/briefadres?
- Ketenzorg en geïntegreerde eerstelijnszorg (zie 5.1 in [LHV-declareerwijzer 2025](#)). Let op: afspraken over ketenzorg voor chronisch zieken vereisen vaak een inspanningsverplichting van zorgverleners, zoals herhaalde consulten en bepaalde bloedbepalingen. Maak vooraf heldere afspraken over wat er gebeurt als dit in de praktijk niet haalbaar blijkt. Dit om een terugvordering te voorkomen.
- Modulerief geïntegreerde eerstelijnszorg (zie 5.6 in [LHV-declareerwijzer 2025](#)).
- Projectsubsidies ter versterking van de eerstelijnszorg zoals <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/eerstelijns-ondersteuningsgelden/regio-vezn/indienen-projectaanvraag>
- Volg de ontwikkelingen rondom het Aanvullend Zorg en WelzijnsAkkoord (AZWA) via [zorgakkoorden.nl](http://zorgakkoorden.nl)



## 8. Kortdurende Opname – ELV-bedden en Respijtzorg – Ontwikkelingen in de Wlz

Soms is het tijdelijk niet verantwoord om iemand op straat te laten verblijven. Denk aan herstel na een infectie, noodzakelijke wondverzorging of een (psychiatrische) crisis. Een kortdurende opname kan dan uitkomst bieden. De zorgvraag is vaak medisch of verpleegkundig, maar de sociale context (geen veilige woonplek) is minstens zo bepalend. Soms is een kortdurende opvangplek ook nodig, om doorstroom uit het ziekenhuis te bevorderen.

### 8.1 Eerstelijns Verblijf (ELV)

ELV is bedoeld voor mensen die tijdelijk niet zelfstandig kunnen verblijven, maar die geen ziekenhuiszorg nodig hebben. ELV wordt vergoed via de Zorgverzekeringswet. Indicatie gebeurt meestal door huisarts of wijkverpleegkundige.

Er zijn drie vormen:

- ELV laag complex
- ELV hoog complex
- ELV palliatief terminale zorg

### 8.2 Respijtzorg

Respijtzorg biedt tijdelijke opvang en ondersteuning, vaak via de Wmo.

De doelen:

- ontlasting van mantelzorgers;
- voorkomen van overbelasting;
- herstel in een veilige omgeving.

Respijtzorg is vaak beschikbaar via gemeenten. Vraag naar lokale regelingen en mogelijkheden.

### 8.3 Wat kun je als straatzorgverlener doen?

- Vraag collega's in de regio of via de NSG Doctolib-Connect omgeving (voorheen Siilo) naar passende opvangplekken. Informele netwerken zijn vaak cruciaal.
- Vraag de gemeente naar Wmo-gefinancierde respijtzorg.
- Vraag maatschappelijke opvangorganisaties (zoals Leger des Heils, Humanitas) naar opvangplekken met medische ondersteuning.
- Vraag zorgkantoren naar innovatieve opnameplekken met specialistische kennis.
- Raadpleeg het Regionaal Overleg Acute Zorg (ROAZ), het ZorgCoördinatieCentrum (ZCC), de Regionale HuisartsOrganisatie (RHO) of de Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) voor advies en eventueel coördinatie.

### 8.4 Ontwikkelingen in de Wet Langdurige Zorg (Wlz)

Soms blijkt bij een kortdurende opname dat een cliënt langdurig afhankelijk is van zorg door ernstige psychiatrische problematiek, somatische aandoeningen of cognitieve achteruitgang. De Wlz biedt dan een integraal zorgkader: wonen, begeleiding, verzorging, verpleging en behandeling. De toegang verloopt via het CIZ, de uitvoering via het zorgkantoor (zie 4.2)

Wlz-zorg hoeft niet altijd in een zorginstelling geleverd te worden.

- Er bestaat een volledig pakket thuis (vpt), waarbij alle zorg via één aanbieder geboden wordt.
- Ook is er een modulair pakket thuis (mpt), met losse onderdelen via verschillende aanbieders.



Er zijn ook mogelijkheden om Wlz-zorg te organiseren op andere opvanglocaties. 'Thuis' kan ook gelezen worden als 'opvanglocatie in plaats van de straat'. Dit maakt maatwerk mogelijk. Het zorgkantoor speelt een centrale rol in de inrichting van het zorgaanbod in de regio.

In 2025 zijn er verschillende ontwikkelingen die relevant kunnen zijn voor het (door)ontwikkelen van passende straatzorg:

- actieplan Passende langdurige zorg voor dakloze mensen met Wlz-ggz-indicatie;
- pilot in negen regio's voor betere toeleiding naar woonzorg;
- traject 'Perspectief op NU' van de NZa, waarin gewerkt wordt aan een
  - herkenbare doelgroepomschrijving;
  - uniforme prestatie en passend tarief;
  - inrichting van gespecialiseerd zorglandschap.



## 8.5 Relevante bronnen

ONDERWERP	LINK
<b>ELV-financiering</b>	<a href="#">NZa – regels kortdurende zorg 2026</a>
<b>Verwijskader ELV</b>	<a href="#">LHV – Verwijskader Eerstelijnsverblijf</a>
<b>Tariefbeschikking ELV</b>	<a href="#">ELV prestatiecodes</a>
<b>Respijtzorg Wmo</b>	<a href="https://movisie.nl/artikel/wetten-financiering-respijtzorg">movisie.nl/artikel/wetten-financiering-respijtzorg</a>
<b>Wlz voor verzekerden</b>	<a href="#">CAK – Zorg vanuit de Wlz</a>
<b>Wlz voor onverzekerden</b>	<a href="#">Onderzoek Regenbooggroep</a>
<b>Wlz algemeen</b>	<a href="#">Zorginstituut Nederland – Wlz uitleg</a>
<b>Pilot Wlz-dakloosheid</b>	<a href="#">Sociaalweb – Pilot dakloosheid Wlz-ggz</a>
<b>Actieplan voor het faciliteren en organiseren van passende langdurige zorg voor dakloze mensen met een Wlz-ggz indicatie</b>	<a href="#">Actieplan: passende langdurige zorg voor dakloze mensen</a>





NEDERLANDSE  
**STRAATDOKTERS**  
GROEP