

Vergaderjaar 2013–2014

25 424

Geestelijke gezondheidszorg

Nr. 243

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 31 oktober 2013 inzake de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 233).

De op 9 december 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 21 maart 2014 toegezonden antwoorden, voorzien van een inleiding hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

Inhoudsopgave

- | | | |
|-----|--|---|
| I. | Algemene inleiding zorgsysteem en privacy | 2 |
| II. | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties met reactie van de Minister | 4 |

I. Algemene inleiding zorgsysteem en privacy

Voordat ik overga tot een reactie op de vragen en opmerkingen van de respectievelijke fracties heb ik er behoefte aan de dilemma's waarvoor we met elkaar zijn gesteld nog eens in perspectief te plaatsen. De vragen nodigen daartoe uit.

We willen in ons land een goed werkend stelsel van zorg dat betaalbaar is, toegankelijk is en waarbinnen een verantwoorde kwaliteit van zorg wordt geleverd. Daarbij hebben we gekozen voor een systeem om het risico van ziektekosten te verzekeren op het niveau van individuele personen. Als binnen een dergelijk systeem de privacy van de cliënten in alle situaties zou prevaleren, zou het voor zorgverzekeraars onmogelijk moeten worden gemaakt om uit de productstructuur en de te declareren prestaties af te leiden waarvoor de prestatie noodzakelijk is. Er zou dan evenwel ook geen bewijs vooraf of achteraf mogelijk zijn of de duur en/of aard van de behandeling in overeenstemming is met de gezondheidstoestand van de cliënt. Dat zou dan enerzijds kunnen leiden tot overconsumptie van zorg en anderzijds tot onvoltooide behandelingen. Als we er voor zouden kiezen om ongelimiteerd zorg te verstrekken zou dat tot een hoge financiële druk op de verzekeringspremies leiden. Gelet op de beperkte financiële premiemiddelen die over alle zorgvormen moeten worden verdeeld, zijn de beschikbare middelen voor de verzekerde GGZ begrensd (net als de premiemiddelen die voor andere zorgvormen beschikbaar zijn). De hieruit voortvloeiende noodzakelijkheid van de beheersing van de premie-uitgaven aan verzekerde geestelijke gezondheidszorg zou dan evenwel niet op zorginhoudelijke gronden plaats kunnen vinden, maar ertoe leiden dat het aantal te vergoeden prestaties per verzekerde zou moeten worden beperkt of de beschikbare middelen pons/ponds-gewijs over de verzekerden moeten worden verdeeld, ongeacht de daadwerkelijke behoefte aan behandeling.

Om dit te voorkomen is gekozen te streven naar een systeem waarbij iedere verzekerde de behandeling kan worden gegeven die in overeenstemming is met diens gezondheidstoestand. Dan krijgt niemand te veel en niemand te weinig zorg ten laste van de zorgverzekering. De controle op de uitvoering van dat systeem heeft onvermijdelijk invloed op het beroepsgeheim van de zorgaanbieder en op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde.

We willen dat het stelsel vrij is van fraude, vrij is van verspilling en dat de verzekerde krijgt waar hij recht op heeft. Daarbij willen we ook dat de verzekerde van de zorgaanbieder een inzichtelijke declaratie krijgt en dat de verzekerde van de verzekeraar een inzichtelijk overzicht krijgt welke zorg voor de verzekerde in rekening wordt gebracht en waaruit blijkt welke bedragen aan eigen risico en eigen bijdragen zijn ingehouden. We willen ook dat de verzekerde zich kostenbewuster gedraagt en melding maakt als hij een vermoeden heeft dat er mogelijk een onregelmatigheid kleeft aan de declaratie van de zorgaanbieder of lijkt voort te komen uit het overzicht dat door de verzekeraar aan de verzekerde moet worden verstrekt. Om al deze doelstellingen te verwezenlijken moeten de verzekerde, zijn zorgaanbieder en zijn verzekeraar over gegevens van de verzekerde kunnen beschikken. Bij al deze doelstellingen is de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde een belangrijk punt. Als de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde zo ver moet gaan dat een van de bovengenoemde doelstelling

niet kan worden gehaald dan zullen we zo consequent moeten zijn die doelstelling te laten varen of aan te passen. Op dit moment zie ik daartoe geen aanleiding. De zorgvuldige omgang met persoonsgegevens betreffende de gezondheid van een verzekerde is naar mijn idee voldoende in het zorgstelsel en de uitvoering daarvan verankerd. De overheid heeft uitdrukkelijk gekozen voor het wettelijk verzekeringssysteem zoals vorm gegeven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw), uitgaande van het navolgende basisprincipe. In dat verzekeringssysteem, met een wettelijke verplichting voor iedere individuele burger zich te verzekeren tegen het risico van ziektekosten bij een verzekeraar die de zorgverzekering en de Zvw uitvoert, is er een strikte relatie tussen:

- de prestatie waarop de individuele verzekerde gelet op zijn gezondheidstoestand is aangewezen,
- de prestatie waarvoor de individuele verzekerde bij of krachtens de Zvw is verzekerd,
- de aan de individuele verzekerde door een zorgaanbieder geleverde prestatie,
- het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief en
- het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de individuele verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie.

De verzekeraar moet kunnen vaststellen dat die strikte relatie er is, inclusief of de behandeling gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest aangewezen was. Kan de verzekeraar die relatie niet vaststellen dan kan voormeld risico niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De verzekeraar is bovendien strafbaar als hij een declaratie met een onjuiste prestatiebeschrijving betaalt of vergoedt. De prestatie wordt door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgelegd in een prestatiebeschrijving op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). Als de zorgaanbieder declareert moet hij daarbij de prestatiebeschrijving hanteren die bij de geleverde prestatie hoort. De WMG schrijft dan ook voor dat op de declaratie altijd het tarief en de daarbij behorende prestatiebeschrijving moet worden vermeld. De NZa mag daarbij nog nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende declaraties. Ik kom daar bij de beantwoording nog op terug. Aan de hand van de gegevens op de declaratie van de zorgaanbieder moet een verzekeraar nagaan of de bovengeschetste relatie er is en of de behandeling gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde, zoals die toen bekend was, het meest aangewezen was. Als de verzekeraar een positief oordeel heeft gegeven moet deze het eigen risico en eigen bijdrage berekenen. Tenslotte moet de verzekeraar voor de verzekerde inzichtelijk maken welke zorg voor de verzekerde in rekening is gebracht en welke bedragen aan eigen risico en eigen bijdragen zijn ingehouden. Voor het uitvoeren van al deze taken is het noodzakelijk dat (daartoe geautoriseerde medewerkers van) zorgaanbieder en verzekeraar kennis kunnen nemen van de persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde. Geconcludeerd kan worden dat de gegevens die worden vermeld op de declaratie, in het verkeer tussen zorgaanbieder, verzekerde en verzekeraar een centrale rol spelen en de noodzakelijke en onontkoombare bron van informatie zijn om fraude en verspilling tegen te gaan, om kostenbewustzijn te bevorderen en het zorgsysteem toegankelijk, betaalbaar en van voldoende kwaliteit te houden.

II VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES MET REACTIE VAN DE MINISTER

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD- fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief inzake de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen.

1. Zonder voorliggende regeling zouden zorgverzekeraars, bij gebrek aan andere informatie, gehouden zijn tot structurele detailcontrole op het niveau van iedere individuele verzekerde. Houdt dit in dat zorgverzekeraars in de huidige situatie, dus zonder voorliggende regeling, veel van dergelijke detailcontroles uitvoeren? Zo ja, hoeveel van dergelijke controles worden uitgevoerd? Zo nee, hebben zij dan andere informatie voorhanden waarop zij hun controles kunnen baseren, of blijven zij in gebreke ten aanzien van de wettelijk te verrichten formele en materiële controles? Welke gevolgen heeft dit gehad ten aanzien van de beheersbaarheid van de kosten in de GGZ?

Antwoord: In de oude situatie kon de verzekeraar zorgaanbieders wel vergelijken op zaken als gemiddelde behandelduur en gemiddeld aantal ligdagen. Maar de link met een indicator voor de bijbehorende zorgvraagzwaarte kon niet worden gelegd. Dat betekende dat zorgverzekeraars niet over informatie beschikten om opvallende patronen in declaraties te verklaren vanuit de zwaarte van de populatie. Hierdoor was er vaker detailcontrole nodig. Informatie over het precieze aantal detailcontroles is niet bekend. Overigens is de NZa van mening dat verzekeraars deze controle taken met meer voortvarendheid dienen op te pakken¹. De gevolgen hiervan voor beheersbaarheid van de kosten in de GGZ zijn niet bekend. De kwantificering in het onlangs aan de Tweede Kamer gezonden Frauderapport van de NZa specificeert dit niet². Met betrekking tot kostenbeheersing kan gesteld worden dat hiervoor andere instrumenten beschikbaar zijn, zoals het afspreken van omzetplafonds met zorgaanbieders.

2. De Minister geeft aan dat een uitzondering voor het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie vooreerst alleen is aangevoerd bij persoonlijkheidsstoornissen. De leden van de VVD-fractie hebben naar aanleiding van deze uitzondering een aantal vragen:

- Kan de Minister deze uitzondering nader toelichten?
- Welke concrete gevolgen heeft deze uitzondering?
- Wat zegt het ontbreken van voorspellende waarde van de zorgvraagzwaarte bij persoonlijkheidsstoornissen over de effectiviteit van de behandelinzet?

Antwoord: Het is noodzakelijk dat de zorgvraagzwaarteindicator een voorspellende c.q. verklarende waarde heeft voor de behandelinzet, om binnen het proces van materiële controle door verzekeraars gebruikt te kunnen worden. Zonder deze voorspellende c.q. verklarende waarde heeft het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator geen nut. Bij alle hoofdgroepdiagnosen, met uitzondering van de hoofdgroepdiagnose persoonlijkheidsstoornissen, is deze voorspellende c.q. verklarende waarde aanwezig (zij het soms nog in zeer beperkte mate). Volgens het rapport van de werkgroep zorgvraagzwaarte 1.0 blijkt het aantal behandelminuten per zorgvraagzwaarteniveau, zowel voor alle hoofdgroepdiag-

¹ Laatstelijk NZa (tussen) rapport onderzoek zorgfraude; bijlage bij Tweede voortgangsrapportage aanpak zorgfraude, 19 december 2013, Kamerstuk 28 828, nr. 54

² Zie vorige voetnoot

noses afzonderlijk – met uitzondering van persoonlijkheidsstoornissen – als over alle diagnosegroepen heen, significant te verschillen³. Vandaar dat ik dbc's persoonlijkheidsstoornissen vooralsnog heb uitgezonderd van de verplichte vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de factuur. Het concrete gevolg hiervan is dat verzekeraars de zorgvraagzwaarteindicator bij dbc's persoonlijkheidsstoornissen niet kunnen gebruiken in het proces van materiële controle. Verzekeraars zullen hun materiële controle bij die dbc's dus – net als nu – op een andere wijze moeten invullen.

Uit het ontbreken van de voorspellende waarde van de zorgvraagzwaarteindicator voor het aantal behandelminuten bij persoonlijkheidsstoornissen, kan geen enkele conclusie worden getrokken over de effectiviteit van de betreffende behandelingen, noch over de doelmatigheid daarvan.

Er zijn in theorie diverse potentiële verklaringen voor het ontbreken van een voorspellende c.q. verklarende waarde bij persoonlijkheidsstoornissen en de (nog) beperkte omvang daarvan bij de andere hoofdgroepdiagnoses. In het rapport van de werkgroep zorgvraagzwaarte worden als voorbeelden van mogelijke verklaringen genoemd interbehandelaarsvariatie, incompleetheid van de data die gebruikt zijn voor de constructie van de indicator (DIS-data) en verschillende interpretaties van registratieregels door behandelaars (waardoor de gebruikte data mogelijk deels «vervuild» zijn). Verder is bij de constructie van de indicator vooralsnog alleen gebruik gemaakt van data die op dit moment al door zorgaanbieders worden geregistreerd en worden aangeleverd aan het zogenaamde DIS (DBC-Informatiesysteem). Het ligt in de lijn van verwachting dat er nog andere factoren zijn die bepalend zijn voor de zorgvraagzwaarte van cliënten, die nog niet in de huidige versie van de zorgvraagzwaarteindicator zijn verwerkt. Vandaar dat de zorgvraagzwaarteindicator moet worden doorontwikkeld. Te verwachten valt dat daardoor de voorspellende waarde c.q. de verklaringskracht van de indicator nog zal toenemen.

3. In hoeverre kunnen verzekeraars aan hun wettelijke verplichtingen ten aanzien van materiële en formele controle voldoen ten aanzien van persoonlijkheidsstoornissen: moeten zij op dit punt overgaan tot detailcontroles of zijn er alternatieven?

Antwoord: Zie hiervoor mijn antwoord op vraag 1. De verzekeraar kan nu ook zorgaanbieders vergelijken met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen. Hij kan bijvoorbeeld zorgaanbieders beoordelen op gemiddelde behandeluur. Voor persoonlijkheidsstoornissen wordt de zorgvraagzwaarteindicator echter niet vermeld op de declaratie. Dat betekent dat zorgverzekeraars niet over informatie beschikken om opvallende patronen in declaraties te verklaren vanuit de zwaarte van de populatie. Dat betekent dat hier meer detailcontrole nodig is. De NZa heeft de Regeling gespecialiseerde GGZ vastgesteld die zorgaanbieders verplicht meer gegevens op de factuur te vermelden dan voorheen het geval was. Deze regel is op 1 januari 2014 in werking getreden. De wijzigingen als gevolg van deze nadere regel kunnen schematisch als volgt in tabelvorm worden weergegeven:

Tabel. Gegevens die op de declaratie moeten worden vermeld in de gespecialiseerde GGZ volgens regels NZa

| 2013 | 2014 |
|------------------------|------------------------|
| DBC-traject startdatum | DBC-traject startdatum |
| DBC-traject einddatum | DBC-traject einddatum |

³ Bijlage bij Kamerstuk 25 424, nr. 229

| 2013 | 2014 |
|-------------------|--|
| Declaratiecode | Declaratiecode |
| Kostenbedrag | Gedeclareerd tarief |
| AGB-code | AGB-code |
| | AGB-code en beroep hoofdbehandelaar |
| | Directe en indirecte tijd hoofd- en medebehandelaars |
| | Het type verwijzer |
| | AGB-code van de verwijzer |
| | Dagbesteding |
| DBC-prestatiecode | DBC-prestatiecode |
| | Zvz-indicator |
| Deelprestaties | Deelprestaties |
| Lekenomschrijving | Lekenomschrijving |

De effecten van deze uitbreiding zijn nu nog niet meetbaar.

4. Verwacht de Minister in de toekomst nog verdere uitzonderingen, aangezien zij kiest voor de formulering «vooreerst alleen»?

Antwoord: De doorontwikkeling van de indicator moet leiden tot een verbetering van de verklaringskracht, waardoor de uitzondering voor persoonlijkheidsstoornissen in de toekomst mogelijk kan vervallen. Ik verwacht in de toekomst geen verdere uitzonderingen.

5. Naast GGZ-gerelateerde indicaties zijn er allerlei andere medische aandoeningen denkbaar die vragen om extra waarborging van de medische persoonsgegevens, zoals hiv, geslachtsziektes of kanker. Worden GGZ-indicaties anders op de facturen vermeld dan (privacygevoelige) medische indicaties en zijn er verschillen?

Antwoord: Ook bij somatische zorg worden privacygevoelige gegevens op de factuur vermeld. Bij de bestuurlijke hoofdlijnakkorden GGZ hebben partijen aangegeven van oordeel te zijn dat somatiek en GGZ qua informatievoorziening gelijk behandeld dienen te worden.

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

6. De leden van de fractie van de PvdA hebben met veel interesse kennisgenomen van de aanvulling op de Regeling zorgverzekering die het voor de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) mogelijk maakt om zorgaanbieders van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te verplichten om de zorgvraagzwaarteindicator op declaraties te vermelden. Ook wordt de wijze beschreven waarop rekening is gehouden met het advies van het College bescherming persoonsgegevens (CBP). Genoemde leden zijn van mening dat de regeling zorgverzekeraars faciliteert om zowel de formele als materiële controle beter uit te voeren.

De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar moet echter wel veilig zijn en de patiënt moet altijd de baas blijven over eigen gegevens. Het is daarom goed te vernemen dat de privacy van patiënten met deze regeling beter gewaarborgd lijkt te worden dan in het geval van uitgebreide detailcontroles en dat het CBP geen vergaande privacybelemmeringen voorziet zodat de zorgvraagzwaarteindicator per 1 januari 2014 op de declaratie kan worden getoond. De regeling creëert bovendien meer bewegingsruimte voor zorgverzekeraars om fraude in de zorg op te sporen. Deze leden hebben al meerdere malen aangegeven dat zorgfraude onacceptabel is en hard dient te worden aangepakt. Zij hebben nog wel een aantal vragen over de regeling.

Antwoord: Het verheugt mij dat de leden van de fractie van de PvdA kunnen instemmen met de doelen die met de regeling inzake zorgvraagzwaarte zijn beoogd en dat zij de aanpak van zorgfraude steunen.

7. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe vaak zorgverzekeraars in het verleden formele en materiële controles hebben uitgevoerd in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. In welke gevallen vonden deze controles plaats en bij hoeveel procent van de declaraties?

Antwoord: Informatie over hoe vaak verzekeraars in het verleden detailcontroles hebben uitgevoerd in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is niet beschikbaar. Om enig beeld te krijgen van een cijfermatig overzicht verwijs ik korthedshalve naar het persbericht en de uitgebreide toelichting daarbij van Zorgverzekeraars Nederland over controle en fraude dat ik heb meegezonden bij de antwoorden op de vragen over de brief van 12 juni 2013 van de Minister van Veiligheid en Justitie over het overzicht van het aantal zorgfraudezaken dat door de FIOD onder leiding van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie is verricht⁴.

8. Vindt de Minister dit percentage proportioneel gezien de controlerende taak die de zorgverzekeraar heeft om premiegeld goed te besteden?

Antwoord: De NZa ziet toe op een juiste uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de zorgverzekering door zorgverzekeraars. Daarbij hanteert de NZa een normstelling en beziet of zorgverzekeraars voldoende controles heeft uitgevoerd om zekerheid te krijgen dat de declaraties juist zijn en dat de zorg die is verleend was aangewezen gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde. De zekerheid kan worden ontleend aan het proces van formele en materiële controle zoals dat is beschreven in Hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering en de daarbij behorende toelichting. Dat proces beschrijft een aantal stappen die de verzekeraar moet afleggen alvorens de verzekeraar detailcontrole kan en mag uitvoeren. In het gunstigste geval hoeft de verzekeraar geen detailcontrole in de vorm van inzage in medische gegevens van de verzekerde te verrichten. In het (zuiver theoretische) ongunstigste geval zou de verzekeraar bij 97% van alle declaraties detailcontroles moeten uitvoeren, om aan de norm van de toezichthoudende NZa te voldoen. Zie ook de eerdergenoemde tussenrapportage Onderzoek zorgfraude van de NZa die u bij de Tweede Voortgangsrapportage aanpak zorgfraude heeft aangetroffen. In deze voortgangsrapportage toont de NZa zich ontevreden over de materiële controles van de verzekeraars. Ik heb mij daar in mijn beleidsreactie bij aangesloten⁵.

9. Uit hoeveel procent van de onderzochte declaraties bleek dat onverzekerde zorg onterecht vergoed werd en hoe is hierop ingegrepen? In hoeverre hadden de detailcontroles via hogere administratieve lasten een oprijvende invloed op de premies?

Antwoord: Het is niet bekend hoeveel procent van de onderzochte declaraties leiden tot de conclusie dat er sprake is van onverzekerde zorg. In het algemeen wordt een groot deel van de kosten van zorg die in eerste instantie op onjuiste wijze zijn gedeclareerd na correctie alsnog op de juiste wijze bij de verzekeraars in rekening gebracht. Een uitspraak over percentages is om die reden alleen al gevaarlijk. De eerdergenoemde tussenrapportage onderzoek zorgfraude van de NZa kwantificeert dit dan ook niet. Voor een momentopname van een cijfermatig beeld verwijs ik

⁴ Bijlagen bij Kamerstuk 28 828, nr.52

⁵ Kamerstuk 28 828, nr. 54

naar het eerdergenoemde persbericht en de daarbij behorende uitvoerige toelichting van Zorgverzekeraars Nederland. Tevens verwijs ik naar mijn beleidsreactie op de voortgangsrapportage waarin ik mij aansluit bij het oordeel van de NZa dat verzekeraars meer en beter materiële controles moeten uitvoeren.

De premiestelling is per saldo een uitkomst van verschillende factoren en overwegingen. Er is daarom geen eenduidig antwoord te geven op deze vraag.

10. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe GGZ-patiënten goed zullen worden geïnformeerd over het opnemen van hun zorgvraagzwaarteindicator op declaraties en hoe zij hiertegen bezwaar kunnen maken indien zij dit niet wensen. Hoe vaak werden in het verleden geen gegevens afgedragen omdat de patiënt bezwaar had gemaakt? Hoe valt te controleren dat zorgaanbieders hiervan geen misbruik maken? Welke maatregelen kunnen worden ingezet als zorgaanbieders geen medewerking verlenen bij het overdragen van zorgvraagzwaartegegevens?

Antwoord: Met betrekking tot de verplichte vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-factuur is dezelfde uitzonderingsbepaling van kracht, als ook voorheen al gold, voor de verplichte vermelding van de hoofdgroepdiagnose op de ggz-factuur. Patiënten en zorgverleners kunnen samen aangeven dat zij deze informatie niet op de factuur en in het DBC Informatie Systeem (DIS) willen opnemen. Hiertoe moeten zij dan een privacyverklaring ondertekenen. Voor patiënten die hun factuur niet ter betaling aan de verzekeraar aanbieden, geldt dat deze informatie zonder verklaring mag worden weggelaten.

De NZa heeft het gebruik van de uitzonderingsmogelijkheid om diagnosegegevens op de declaratie te zetten medio 2013 geëvalueerd. Uit dat onderzoek blijkt dat het aantal patiënten dat bezwaar maakte heel beperkt is⁶.

Het is in eerste instantie de zorgaanbieder die moet controleren of de factuur de juiste gegevens bevat, daarna moet de zorgverzekeraar controleren of een factuur juist is ingediend. Een onvolledige factuur hoeft niet te worden vergoed. Misbruik kunnen zorgverzekeraars voorkomen door het uitvoeren van materiële controles en van detailcontroles met inachtneming van de geldende privacyregels. Dat betekent dat aan de controles een risicoanalyse ten grondslag moet liggen. In de zorginkoopovereenkomsten kunnen mogelijke maatregelen worden opgenomen, indien de overeenkomst niet wordt nagekomen. Om toch de zorgzwaartegegevens te bemachtigen kunnen statuscontroles worden uitgevoerd.

11. Waar kan de patiënt terecht als er klachten zijn over het waarborgen van de privacy? Hoe pakken zorgverzekeraars en zorgaanbieders het advies van het CBP aan om een geschillenregeling in werking te stellen? In hoeverre houdt de gedragscode, waarin staat vastgelegd hoe zorgverzekeraars gebruik mogen maken van zorgvraagzwaarteinformatie, rekening met het zo veel mogelijk waarborgen van de privacy van de patiënt en hoe wordt dit concreet vormgegeven?

Antwoord: De patiënt kan terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze stichting kent als organen een bestuur, een Ombudsman Zorgverzekeringen en een Geschillencommissie Zorgverzekeringen. Het bestuur heeft een onafhankelijke voorzitter; de leden worden benoemd door belangenorganisaties, thans ZN en de

⁶ http://www.nza.nl/104107/138040/Rapport_Evaluatie_privacyregeling_GGZ.pdf

Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Als een zaak door de SKGZ wordt ontvangen, zal eerst worden gezien of de kwestie door bemiddeling kan worden opgelost. Deze bemiddelingspoging geschiedt door de Ombudsman. Is bemiddeling niet mogelijk, of niet succesvol, dan kan de verzekerde er voor kiezen de zaak voor te leggen aan de Geschillencommissie. Deze commissie adviseert bindend.

Het ZN-bestuur heeft op 6 januari 2014 de uniforme maatregel «Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens op basis van model 1.0» vastgesteld⁷. Deze uniforme maatregel valt onder de gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap⁸. De uniforme maatregel is bindend voor zorgverzekeraars. De NZa kan toezien op naleving ervan. De uniforme maatregel is in lijn met vigerende wet- en regelgeving, met name met de ministeriële regeling waarin ik de mogelijkheid tot het door de NZa verplichten van het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie voor de specialistische ggz heb geëxpliciteerd. De uniforme maatregel geeft aan dat zorgverzekeraars de via de indicator verkregen zorgvraagzwaartegegevens gebruiken voor het uitvoeren van de wettelijk controletaken bestaande uit formele en materiële controles. Dit betreft het uitvoeren van risico-, verwachting- en verbandanalyses. Hierbij wordt de Regeling zorgverzekering gevolgd, verder uitgewerkt in het protocol Materiële controle, dat hoort bij de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars. Ook geeft de uniforme maatregel aan dat zorgverzekeraars de gegevens over zorgvraagzwaarte sec, niet zullen gebruiken voor het afwijzen van individuele declaraties (dat wil zeggen dat geen afwijzing plaatsvindt op basis van de verhouding van uitsluitend zorgvraagzwaarte-klasse en het gedeclareerde bedrag van een individuele declaratie). Zorgverzekeraars zijn wel gerechtigd om aan de hand van een risico-analyse, dan wel signalen, tot nader onderzoek over te gaan.

In de uniforme maatregel staat ook dat zorgverzekeraars de zorgvraagzwaartegegevens mogen gebruiken ter voorbereiding op de zorginkoop. Hierbij geldt dat als de zorgverzekeraar declaratie-informatie (zijnde persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid) verwerkt ten behoeve van de inkoop van zorg, hij de resultaten van de verwerking gebruikt op een niet tot personen herleidbaar niveau.

12. De leden van de fractie van de PvdA vragen hoe ongewenste situaties kunnen worden voorkomen als de zorgvraagzwaarteindicator opgenomen wordt op declaraties. In hoeverre kan de behandeling van de zorgaanbieder ter discussie komen te staan? In hoeverre bestaat de mogelijkheid dat patiënten niet de zorg krijgen die zij op basis van de gestelde diagnose dienen te krijgen?

Antwoord: De zorgaanbieder stelt de diagnose vast. In overleg met de patiënt wordt vervolgens een passend behandeltraject bepaald. Dit met inachtneming van de professionele verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder. De resulterende passende verzekerde zorg is declarabel.

Declaraties kunnen niet worden afgewezen op basis van uitsluitend de verhouding tussen de op de declaratie vermelde zorgvraagzwaarteklasse en het gedeclareerde bedrag van een individuele declaratie.

⁷ Zie www.zn.nl onder het kopje «Branche» en dan «Gedragscode»

⁸ De Gedragscode goed verzekeraarschap was geen onderwerp van het geschil bij de Rechtbank Amsterdam (zaak AMS 12/984 WBP 251) en ook geen onderwerp in het hoger beroep van ZN bij de Raad van State

13. De zorgvraagzwaartegegevens worden gebruikt door zorgverzekeraars om analyses op geaggregeerd niveau uit te voeren per zorgaanbieder. Genoemde leden vragen hoe voorkomen wordt dat zorgverzekeraars toch aan de slag gaan met individuele analyses.

Antwoord: Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar de antwoorden op de vragen 8 en 11.

14. In welke gevallen is uitwisselen van zorgvraagzwaartainformatie volgens vigerende privacyregels ontoelaatbaar?

Antwoord: De uitwisseling van medische informatie is ontoelaatbaar als deze geen wettelijke grondslag kent, niet van tevoren bekend is of kan zijn bij betrokkenen, deze informatie niet geschikt of noodzakelijk is om het doel te bereiken dat met de informatie-uitwisseling wordt beoogd of voor een ander doel wordt gebruikt dan waarvoor de informatie wordt verstrekt. De NZa kan toetsen of een verzekeraar zich met het gebruik van de informatie beperkt tot het doel dat met het verwerken van zorgvraagzwaartegegevens is beoogd. Het CBP houdt ten algemene toezicht op de verwerking van persoonsgegevens en ziet daarbij ook op de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars bij de uitvoering van materiële controle.

15. Kan expliciet worden toegelicht hoe de regeling een adequate afweging maakt tussen het belang van goede controle door zorgverzekeraars en het behartigen van de privacy van patiënten, zeker nu de wijziging van de regeling uitbreiding geeft aan persoonsgegevens waarmee het medisch beroepsgeheim doorbroken mag worden?

Antwoord: In de toelichting van de regeling wordt uitvoerig beschreven hoe de politieke keuze voor een verzekeringsstelsel op basis van individuele deelname en individuele aanspraken een noodzakelijke uitwisseling impliceert van medische gegevens die de individuele patiënt betreffen, wil deze laatste in aanmerking komen voor een vergoeding van de ziektekosten op basis van de wettelijk verplichte Zorgverzekeringswet. Zonder die verwerking van persoonsgegevens kan de verzekeraar niet vaststellen of er sprake is van verzekeringsgerechtigdheid, of de verzekerde een verzekeringspolis heeft afgesloten bij de desbetreffende verzekeraar en welke prestatie met welk tarief moet worden betaald aan de zorgaanbieder dan wel vergoed aan de verzekerde. Worden geen persoonsgegevens uitgewisseld dan zal de verzekerde zelf de zorg moeten betalen aan de zorgaanbieder en krijgt de verzekerde deze zorgkosten niet vergoed. De verzekerde heeft er dus alle belang bij dat zijn verzekeraar over de noodzakelijke gegevens beschikt.

16. Kan de Minister expliciet maken welk deel van de privacy van patiënten door de regeling wordt geschaad?

Antwoord: Zoals ook in de toelichting bij de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ is aangegeven wordt de zorgvraagzwaarteindicator in de vorm van een heel getal door de zorgaanbieder op de factuur vermeld. Dat getal kan een waarde aannemen van 1 tot en met 7. Hiermee wordt een (vooralsnog ruwe) indicatie gegeven van de te verwachten behandelinzet bij een cliënt in de gespecialiseerde GGZ (in de zin van de lengte van de behandeling die hij of zij nodig heeft en het eventueel benodigde aantal verblijfs-

dagen)⁹. Daarbij staat een waarde van 1 voor een lage zorgvraagzwaarte en een waarde van 7 voor een hoge zorgvraagzwaarte. Naar mate de voorspellende waarde van de zorgvraagzwaarteindicator toeneemt, zal deze ook meer zeggen van de gezondheidstoestand van de persoon die het betreft. In beginsel wordt daarmee de privacy van patiënten geschaad. De waarde van de zorgvraagzwaarteindicator is voor de verzekeraar evenwel niet te herleiden tot de hierna vermelde achterliggende geregistreerde (ongecodeerde) diagnostische brongegevens op patiëntniveau.

De waarde van de zorgvraagzwaarteindicator, wordt via een gelaagd proces afgeleid uit brongegevens die de behandelaar ook nu al per patiënt registreert. Het gaat hier om brongegevens over

- de aard van de aandoening;
- de mate waarin sprake is van functionele beperkingen in psychisch, sociaal en/of beroepsmatig opzicht;
- het al dan niet aanwezig zijn van (een) psychiatrisch nevendiagnose(n) en
- het al dan niet aanwezig zijn van (een of meer) psychosociale (omgevings)factoren die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden.

Deze variabelen wordt ieder een waarde meegegeven die (afhankelijk van de variabele die het betreft) 0, 1, 2 of 3 kan bedragen. Deze waarden worden softwarematig afgeleid uit de diagnostische brongegevens en tellen op tot de waarde van de zorgvraagzwaarteindicator. De waarde van de zorgvraagzwaarteindicator is zodoende door derden niet te herleiden tot de achterliggende geregistreerde brongegevens op patiëntniveau.

17. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe deze regeling zich verhoudt tot de GGZ-zorg die vanaf 2015 onder de Jeugdwet komt te vallen en met de verplicht verleende/dwangmatige GGZ-zorg.

Antwoord: De regeling, met bevoegdheden voor de NZa en zorgverzekeraars, is alleen van toepassing op de ggz die ten laste van de Zvw wordt geleverd, inclusief de verplichte ggz en (in 2014) de jeugd-ggz. Voor 2015 geldt dat voor de declaratie van ggz die onder de Jeugdwet wordt geleverd, vanuit de rijksoverheid geen regels worden gesteld. Gemeenten moeten hierover afspraken maken met de betreffende zorgaanbieders.

18. Verder vragen genoemde leden welke mogelijke gevolgen de regeling heeft voor het afsluiten van een aanvullende verzekering, waarbinnen de zorgverzekeraar meer ruimte heeft voor risicoselectie.

Antwoord: Voor zover in de aanvullende verzekering een dekking aangeboden wordt betreffende GGZ heeft de zorgverzekeraar de mogelijkheid risicoselectie toe te passen in het acceptatiebeleid. Hiervoor mogen geen medische persoonsgegevens worden gebruikt, die zijn verkregen bij het uitvoeren van de Zvw. De verzekeraar kan bepalen dat de verzekerde voor het verkrijgen van een aanvullende verzekering een aanvraagformulier dient in te vullen.

⁹ De zorgvraagzwaarte van een patiënt is daarmee niet automatisch hetzelfde als de ernst van de aandoening van een patiënt. In het rapport van de werkgroep zorgvraagzwaarte staat een voorbeeld om het verschil tussen «zorgvraagzwaarte» en de «ernst van de aandoening» te verduidelijken: stel iemand heeft een verwonding aan een been en die verwonding is levensbedreigend. Er is een amputatie nodig om het leven te redden. Er is dan sprake van een zeer ernstige situatie, maar de vereiste behandeling duur kort; er is sprake van een relatief lage zorgvraagzwaarte. Daarna is de situatie niet meer levensbedreigend, de ernst van de aandoening is veel lager geworden. Echter de verdere reconstructie en revalidatie duurt lang, waardoor er sprake is van een relatief hoge zorgvraagzwaarte.

19. Hoe is bescherming van kwetsbare groepen, zoals bedreigde cliënten, binnen de regeling geregeld en wat betekent dit voor de controle op declaraties van behandelingen ondergaan door kwetsbare groepen?

Antwoord: In de regeling is niet specifiek iets geregeld voor kwetsbare groepen, zoals cliënten die bedreigd worden. Wel hebben zorgverzekeraars een uniforme regel afgesproken inzake het zorgvuldig omgaan met deze groepen in de uitvoeringspraktijk. Ook deze Uniforme maatregel (de Uniforme maatregel «verzekerden behorend tot kwetsbare groepen») valt onder de Gedragscode goed verzekeraarschap¹⁰. De NZa kan op de uitvoering van uniforme maatregel toezien.

20. Patiënten met persoonlijkheidsstoornissen worden in de regeling uitgesloten. Genoemde leden vragen wat dit voor gevolgen heeft voor de controles voor deze patiëntengroepen. Vinden deze in zijn geheel niet meer plaats? Is het wenselijk dat zorgaanbieders niet meer gecontroleerd worden op behandelingen voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen?

Antwoord: Zie het antwoord op vragen 3. Het uitsluiten van persoonlijkheidsstoornissen, ontslaat de verzekeraars niet van hun taken en verplichtingen op het gebied van formele en materiële controle van de betreffende declaraties.

21. Op basis van welke criteria en met welke argumentatie kan de NZa bepalen dat het verstrekken van gegevens over zorgvraagzwaarte in bepaalde gevallen niet van toepassing is?

Antwoord: De NZa heeft op basis van de uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven uitzonderingen vastgesteld voor het niet vermelden van diagnosegegevens op de declaratie. Het betreft de gevallen waarin de patiënt zelf de zorgaanbieder betaalt en de gevallen waarin door patiënt en zorgaanbieder een desbetreffende verklaring wordt opgesteld. Dat zijn objectief vast te stellen uitzonderingen. De NZa geeft geen oordeel of in individuele gevallen een uitzondering gewenst kan zijn op grond van zorginhoudelijke overwegingen.

22. Waarom geldt alleen een uitzondering voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, terwijl de werkgroep zorgvraagzwaarte stelt dat het model voor meerdere stoornissen een beperkte voorspellende waarde heeft? In hoeverre is de Regeling zorgverzekering daarmee in strijd met het advies van het CBP?

Antwoord: In mijn antwoord op een soortgelijke vraag van de VVD-fractie heb ik de uitzondering voor dbc's persoonlijkheidsstoornissen als volgt toegelicht: bij persoonlijkheidsstoornissen heeft de indicator (nog) geen significante voorspellende c.q. verklarende waarde voor de behandelinzet, bij de andere hoofdgroepdiagnosen is die significante voorspellende c.q. verklarende waarde er wel, zij het (nog) in beperkte mate.

Het CBP heeft geadviseerd de verplichtstelling van de verstrekking van zorgvraagzwaartegegevens te beperken tot «situaties waarin redelijkerwijs aannemelijk is dat daaraan voorspellende waarde toekomt.» Welke mate van voorspellende waarde nodig is voor adequaat gebruik van de indicator in het materiëlecontroleproces, is afhankelijk van welk gebruik van de indicator in het materiëlecontroleproces precies wordt beoogd. Het proces van materiële controle is – zoals ook benoemd in de toelichting bij

¹⁰ zie www.zn.nl onder het kopje «Branche» en dan «Gedragscode»

de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ – een gelaagd proces. Een eerste stap in dit proces is het uitvoeren van risico- en verbandanalyses door verzekeraars op geaggregeerd (zorgaanbieder)niveau. Door het betrekken van de (huidige) zvz-indicator bij deze analyses (in deze eerste stap) kunnen zorgaanbieders worden geïdentificeerd die – rekening houdend met de zorgvraagzwaarte van hun cliëntenpopulatie – een markant afwijkende gemiddelde behandelduur hebben. Vanwege de (nog) beperkte voorspellende waarde van de zvz-indicator kunnen hieraan op zichzelf nog geen harde conclusies worden verbonden over de rechtmatigheid of doelmatigheid van de geleverde zorg, maar dergelijke analyse-uitkomsten kunnen wel aanleiding zijn om bij de betreffende aanbieder om uitleg en/of nadere informatie te vragen over zorgprogrammering en de verrichte behandelactiviteiten. Analyses met de zvz-indicator kunnen zo (ook met de huidige, nog beperkte voorspellende waarde) op zinvolle wijze richting geven aan de eerste vervolgstappen binnen het proces van materiële controle. Bij persoonlijkheidsstoornissen heeft de zorgvraagzwaarteindicator geen significante voorspellende waarde. Analyses met de zorgvraagzwaarteindicator kunnen bij die dbc's dus ook geen richting geven aan het materiëlecontroleproces.

Het huidige zorgvraagzwaartemodel is overigens een tijdelijk model c.q. een groeimodel, dat de basis vormt voor de doorontwikkeling van zorgvraagzwaarteinformatie in een lerende omgeving. De verwachting is dat de voorspellende waarde c.q. de verklaringskracht van de indicator nog zal toenemen.

De huidige zvz-indicator is volstrekt ongeschikt om alleen op basis daarvan op individueel niveau declaraties af te wijzen. Daarvoor is de verklaringskracht van de huidige indicator te laag. De huidige zvz-indicator zal dan ook niet op die manier worden gebruikt. Verzekeraars hebben deze beperking van de bruikbaarheid van de indicator – zoals toegelicht – vastgelegd in een voor alle verzekeraars geldende gedragscode¹¹.

De nadere toelichting die ik van het CBP op het advies heb ontvangen, heb ik gebruikt om zeker te stellen dat ik het advies op de juiste wijze kon duiden en daardoor er op kon vertrouwen dat ik het advies op de juiste wijze zou verwerken. Ik ben op grond daarvan van mening dat de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ consistent is met het advies.

23. Zorgvraagzwaartegegevens van alle verzekerden verstrekken de verzekeraar informatie over de praktijkvoering van zorgaanbieders. Moeten zorgvraagzwaartegegevens ook worden prijsgeven als behandeling met het eigen risico wordt betaald en geen beroep op vergoeding door de zorgverzekeraar wordt gedaan?

Antwoord: In het geval dergelijke kosten rechtstreeks worden gefactureerd bij de patiënt en deze kosten niet bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd (noch door de zorgaanbieder, noch door de cliënt), komen de kosten voor rekening van de patiënt en wordt door de verzekeraar geen eigen risico berekend. In een dergelijk geval kunnen de patiënt en zorgaanbieder overeenkomen dat de factuur van de aanbieder de zorgvraagzwaarteindicator niet hoeft te bevatten. De zorgverzekeraar van de verzekerde krijgt dan geen bericht over diens zorgvraagzwaarteindicator.

¹¹ de uniforme maatregel «Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens op basis van model 1.0»; Zie www.zn.nl onder het kopje «Branche» en dan «Gedragscode»

24. Geeft een restitutiepols meer belemmeringen dan een naturapolis? Hoe ziet het verdere traject eruit als onregelmatigheden worden geconstateerd? Vinden er dan wel detailcontroles plaats en hoeveel zijn dit er naar verwachting? Wat betekent dit voor de privacy van patiënten?

Antwoord: Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen restitutie- en naturapolis voor wat betreft controle in het algemeen en materiële controle, waaronder detailcontrole, in het bijzonder. Uiteraard kunnen in contracten die gesloten worden met zorgaanbieders extra afspraken worden gemaakt inzake het verstrekken van generieke managementinformatie, waarmee detailcontroles wellicht minder nodig blijken. Voor de manier waarop detailcontroles worden ingezet in het materiëlecontroleproces, verwijs ik naar de toelichting bij de regeling van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraar¹².

25. De regeling geeft zelf aan dat de zorgvraagzwaarteindicator nog niet de definitieve maat is en nog verbeterd zal worden. Wanneer wordt de verbeterde versie verwacht en aan welke eisen zal deze versie beter voldoen?

Antwoord: De werkgroep die de indicator gaat doorontwikkelen wordt op dit moment samengesteld. Op welke termijn het werk van deze werkgroep tot een verbeterde indicator kan leiden is nu nog niet bekend. Bedoeling is dat een nieuwe zorgvraagzwaarteindicator een grotere voorspellende c.q. verklarende waarde heeft voor de behandelduur en eventuele verblijfsduur van de cliënt.

Volgens de werkgroep zorgvraagzwaarte 1.0 heeft de zorgvraagzwaarteindicator «de potentie om bij doorontwikkeling in de toekomst de basis te vormen voor zorgtoewijzing» en zich zodoende in de toekomst te ontwikkelen tot een van de instrumenten «die zorgaanbieders en -professionals kunnen ondersteunen bij het optimaliseren van de zorgtoewijzing op basis van te verwachten gezondheidswinst.» Het is evenwel niet de verwachting dat dit laatste al op korte termijn zal gebeuren.

26. In hoeverre is het besluit van de rechtbank van Amsterdam van 13 november 2013, waarbij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars is goedgekeurd, van invloed op de verdere uitwerking?

Antwoord: De uitspraak van de rechtbank Amsterdam gaat alleen over de vraag of het CBP de gedragscode had mogen goedkeuren. Niet over de vraag of de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ rechtmatig is. Zorgverzekeraars Nederland heeft tegen de negatieve uitspraak beroep aangetekend bij de Raad van State. De NZa heeft met ingang van 2014 de nadere regeling vastgesteld die verplicht tot het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie. Dat is ook conform afspraak in de bestuurlijke akkoorden GGZ. De rechtbank heeft geen uitspraken gedaan over de vormgeving van de zorgvraagzwaarteindicator. Het besluit van de rechtbank is dan ook niet van invloed op de verdere uitwerking en doorontwikkeling daarvan.

27. Tot slot vragen de leden van de fractie van de PvdA in hoeverre het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator een rol kan spelen in het aanpakken van declaraties van oneigenlijke GGZ-behandelingen, zoals

¹² Stcrt. 2010, nr. 10581

bijvoorbeeld het vergoeden van behandelingen vanuit het basispakket terwijl het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hier kritisch tegenover staat.

Antwoord: De werkgroep zorgvraagzwaarte heeft vastgesteld dat de indicator op een individuele declaratie onvoldoende voorspellende waarde heeft om deze declaratie te beoordelen. De individuele indicator per patiëntdeclaratie geeft ook geen inzicht of behandelmethoden of aanleidingen wel of niet een verzekeringsaanspraak betreffen.

De werkgroep zorgvraagzwaarte heeft wel vastgesteld dat de indicator geschikt is voor analyses en verwerking op geaggregeerd (aanbieders-)niveau. Door het betrekken van de (huidige) zorgvraagzwaarteindicator bij dit soort analyses kunnen zorgaanbieders worden geïdentificeerd die – rekening houdend met de zorgvraagzwaarte van hun cliëntenpopulatie – een markant afwijkende gemiddelde behandelduur hebben. Dergelijke analyse-uitkomsten kunnen voor de verzekeraar aanleiding zijn om bij de betreffende aanbieder om uitleg en/of nadere informatie te vragen over de zorgprogrammering en de verrichte behandelactiviteiten. Zie ook het antwoord op vraag 22.

28. In hoeverre zou de NZa, als zijnde marktmeester, een belangrijke rol moeten vervullen in het beoordelen van oneigenlijke GGZ-behandelingen en wat houdt de rol van de NZa in dezen precies in?

Antwoord: Uitgangspunt is dat het CVZ en de betreffende wettelijke regelingen aangeven wat onder de aanspraak GGZ in de Zvw valt. De NZa beoordeelt niet wat (in individuele gevallen) doelmatige en niet-doelmatige zorg is. De NZa heeft wel een rol bij het bepalen van het bekostigingssysteem (vaststellen van prestaties/tarieven) en toezicht op het uitvoeren van controles door zorgverzekeraars voor een juiste inbreng van kosten in de verevening. Zie ook het tussenrapport Onderzoek Zorgfraude van de NZa, aan uw Kamer meegezonden als bijlage bij de Tweede Voortgangsrapportage aanpak zorgfraude.

29. In hoeverre kan deze rol nog verder versterkt worden door het toevoegen van de zorgvraagzwaarteindicator op declaraties? Hoe kunnen de NZa en het CVZ elkaar hierin versterken? Gebeurt dit nu al en wat heeft dit opgeleverd?

Antwoord: CVZ en NZa werken in elkaars verlengde. Het CVZ kan bijvoorbeeld een bepaalde aandoening duiden als «basispakketzorg», de NZa moet hier vervolgens een prestatiebeschrijving voor opstellen met een daarbij behorend tarief en de daarbij behorende reikwijdte wanneer de prestatie in rekening mag worden gebracht. Het toevoegen van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-declaratie heeft hier geen invloed op.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

30. De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Genoemde leden betreuren de keuze van de Minister om het medisch beroepsgeheim uit te hollen door behandelaars te verplichten om de diagnose van een patiënt grotendeels te vermelden op de declaratie aan de zorgverzekeraar. Deze leden vragen de Minister of zij het inperken van het medisch beroepsgeheim in verhouding vindt staan tot de mogelijkheid van fraude-opsporing. De leden van de SP-fractie hebben grote bezwaren tegen de wijze waarop de regeling een nieuwe verplichting oplevert om een zorgvraagzwaarteindicator op de rekening te vermelden. Iets wat de privacy van patiënten

doorbreekt en ook ingaat tegen het beroepsgeheim van de behandelaars. Waarom neemt de Minister deze beslissing?

Antwoord: Graag neem ik het mogelijke misverstand weg dat de onderhavige regeling nieuwe verplichtingen voor behandelaars introduceert om de diagnose van een patiënt (grotendeels) op de factuur te zetten. Wel is het zo dat de al (sinds 2008) bestaande verplichting om de diagnose op hoofdgroepniveau op de ggz-factuur te plaatsen van kracht blijft, evenals dat het geval is met betrekking tot de daarvoor geldende uitzonderingsbepalingen. In het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014–2017 is afgesproken dat over de vermelding van (de meer gedetailleerde) DSM IV-diagnose op de factuur separaat advies aan het CBP zal worden gevraagd¹³. Het proces daartoe is door de NZa in samenwerking met het LPGz en ZN in gang gezet.

Het voorgaande laat evenwel onverlet dat met het plaatsen van de zorgvraagzwaarteindicator op de factuur (dit betreft geen diagnose, maar een heel getal tussen 1 en 7) een nadere inbreuk betekent op het medisch beroepsgeheim van behandelaars, die evenwel -getoetst aan EVRM en nationale wet- en regelgeving – gerechtvaardigd is. Verzekeraars moeten formele en materiële controles doen ter uitvoering van wettelijke verzekeringen. De verplichting tot het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie verkleint naar verwachting de behoefte bij zorgverzekeraars om in het kader daarvan tot detailcontrole over te gaan (een veel zwaarder controle-instrument waarbij het medisch dossier van de verzekerde moet worden geraadpleegd) om aan de door de NZa gestelde eisen voor de materiële controle te kunnen voldoen. Door het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicator op de factuur krijgen de verzekeraars een alternatief in handen voor de beginstap bij materiële controle en kan dat leiden tot vermindering van de noodzaak tot detailcontrole. Dat heeft dan een positief effect op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. Bovendien hebben zorgverzekeraars hun declaratiesystemen zo ingericht dat op een zorgvuldige wijze wordt omgegaan met privacygevoelige gegevens.

Het gegeven zorgvraagzwaarte is een «ruwe» inschatting van de omvang van de zorgvraag van de individuele verzekerde. Door middel hiervan kan in het algemeen een (vooralsnog ruwe) indicatie worden gegeven van de te verwachten behandelinzet bij een patiënt in de gespecialiseerde GGZ, in de zin van de lengte van de behandeling die een patiënt nodig heeft en het eventueel benodigde aantal verblijfsdagen. De zorgvraagzwaarteindicator kan op de factuur slechts een waarde aannemen van 1 tot en met 7. De diagnostische broninformatie die wordt gebruikt voor de afleiding van deze waarde is als zodanig niet herleidbaar door de zorgverzekeraar.

Zoals vermeld geldt ook hier in geval van privacybezwaren de uitzonderingsbepaling van de NZa, hetgeen betekent dat als patiënt en aanbieder samen verklaren dat er geen zorgvraagzwaartegegevens op de factuur mogen komen, de zorgvraagzwaarteindicator niet zichtbaar is, net zoals deze bepaling ook geldt voor de al eerder bestaande verplichting tot vermelding van de hoofddiagnose op de factuur.

31. Vindt zij werkelijk dat het enige alternatief voor de zorgvraagzwaarte-vermelding inzage in behandeldossiers zou zijn?

¹³ Bijlage bij Kamerstuk 29 248, nr. 257

Antwoord: Gegeven de huidige stand van zaken bij de uitwisseling van gegevens tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, zijn er geen alternatieven voor de zvz-indicator, en zou bij afzien van de vermelding van die indicator op de declaratie vaker inzage in behandeldossiers nodig zijn.

32. Waarom wordt er in de toelichting op de wijziging van artikel 7.2 en verder van de regeling gesteld dat er alleen een uitzondering moet gelden voor persoonlijkheidsstoornissen? Vindt de Minister niet dat de werkgroep zorgvraagzwaarte duidelijk heeft aangegeven dat het model maar beperkte voorspellende waarde heeft? En zo ja, is de wijziging van de Regeling zorgverzekering dan niet in strijd met het advies van het College bescherming persoonsgegevens?

Antwoord: Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op een vergelijkbare vraag van de PvdA-fractie, nummer 22.

33. Is er nog nader advies gevraagd aan het CBP en zo ja, hoe luidde dat? Zo nee, waarom niet?

Antwoord: Bij het CBP is geïnformeerd naar de mogelijkheid om een nieuw advies te verkrijgen over de naar aanleiding van het advies van het CBP aangepaste Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ. Het CBP heeft aangegeven een dergelijke gang van zaken niet gepast te vinden, omdat het de verantwoordelijkheid van de Minister is om de advisering van het CBP te verwerken in de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ en in de toelichting te verduidelijken hoe met de advisering van het CBP is omgegaan.

34. De leden van de SP-fractie vinden dat het opsporen van fraude in de GGZ zoals men dat kent een delicaat proces is. Bij het vermelden van zorgvraagzwaarte-indicatoren gaat het om gegevens die zeer privacygevoelig zijn omdat zij de persoonlijke levenssfeer tot in de kern raken. Bovendien ligt in een zorgstelsel met private zorgverzekeraars die met elkaar concurreren risicoselectie altijd op de loer. Het verstrekken van individuele gegevens van een patiënt of collectieve gegevens van een patiëntengroep draagt dus altijd het risico op uitsluiting met zich mee. Heeft de Minister dit meegewogen in haar beslissing?

Antwoord: Ik deel niet de inschatting van de leden van de SP-fractie, dat de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-factuur de kans op risicoselectie door verzekeraars vergroot.

Ten eerste omdat een verzekeraar, op het moment dat een ggz-cliënt een nieuwe zorgverzekering aanvraagt, niet beschikt over diens zorgvraagzwaarteindicator. Die krijgt de verzekeraar pas te zien zodra er daadwerkelijk zorg op naam van de betreffende persoon wordt gedeclareerd. De verzekeraar kan de indicator, op het moment dat de aspirant-verzekerde zich meldt, dan ook niet gebruiken om het risicoprofiel van de aspirant-verzekerde vast te stellen. Voorts mag de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid die bij de uitvoering van de zorgverzekering dan wel de AWBZ zijn verkregen, niet gebruiken voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering.

De prikkel tot en de mogelijkheden van risicoselectie die de verzekeraar op basis van deze informatie mogelijk zou kunnen hebben, worden fors verkleind en mogelijk zelfs geheel weggenomen door het feit dat de zorgverzekeraar voor de basisverzekering Zvw een acceptatieplicht heeft, er een verbod op premiedifferentiatie bestaat en het feit dat de verzekeraar op grond van het risicoprofiel van zijn verzekerden in aanmerking kan komen voor een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds.

Op dit moment wordt onderzocht of door het gebruik van zorgvraagzwaartefinformatie in het ex ante vereveningsmodel voor de kosten van geneeskundige GGZ de kwaliteit van dit model verder verbeterd kan worden.

De NZa heeft geen signalen ontvangen over schending van acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of andere vormen van risicoselectie in de basisverzekering die in strijd zijn met de wet¹⁴. De basisverzekering is dus toegankelijk voor iedereen. Ook de aanvullende verzekering, waarvoor wel acceptatievoorwaarden gesteld mogen worden door zorgverzekeraars, is zeer toegankelijk. Zie ook de antwoorden op vragen van het lid Leijten (SP) over het bericht dat zorgverzekeraars risicoselectie toepassen bij de aanvullende verzekering (ingezonden 18 december 2013)¹⁵. Uit een onderzoek van de Consumentenbond blijkt dat het percentage verzekerden dat bij de aanvullende verzekering te maken heeft met acceptatievoorwaarden 5,5% is. Twee derde hiervan werd uiteindelijk toch geaccepteerd voor de aangevraagde aanvullende verzekering. Meer dan de helft kreeg wel een hogere premie of aanvullende voorwaarden aangeboden. Dit betekent dat er nog voldoende keuzemogelijkheden zijn voor het afsluiten van een aanvullende verzekering dan wel voor het overstappen naar een andere zorgverzekeraar. De Nederlandse Zorgautoriteit ziet hierop toe.

35. Genoemde leden zijn zich ervan bewust dat gebruik van de vermelde gegevens met een ander doel dan het opsporen van fraude niet is toegestaan.

Antwoord: Anders dan de leden van de SP-fractie menen is het gebruik van de zorgvraagzwaarteindicator niet beperkt tot het opsporen van fraude maar dient het gebruik ook tot de controle op de naleving van de overeenkomst tussen zorgaanbieder en verzekeraar, en ten behoeve van het inzicht in praktijkvariatie en (per zorgaanbieder) de patiëntpopulatie waarvoor zorg moet worden ingekocht. Daarnaast hebben partijen in de GGZ afgesproken verder te werken aan het (uiteindelijk) opnemen van een (doorontwikkelde) maat voor zorgvraagzwaarte in de productstructuur. Voorwaarde voor dat laatste is dat de voorspellende waarde van de indicator voor de behandelinzet voor een patiënt (fors) wordt versterkt.

36. De leden van de SP-fractie vragen de Minister hoe zij kan uitsluiten dat zorgverzekeraars deze gegevens misbruiken. Deze leden vragen de Minister of dit in het verleden is voorgekomen. Zo ja, hoe vaak en bij welke zorgverzekeraar(s)? Voorts vragen zij de Minister of alle zorgverzekeraars zich in alle gevallen houden aan de uniforme maatregel «Privacy afhandeling declaraties». Zo nee, welke zorgverzekeraars hebben deze in het verleden overtreden en op welke wijze? Wordt hierop streng toezicht gehouden?

Antwoord: In 2008 heeft de NZa een onderzoek «privacy bij Zorgverzekeraars» uitgevoerd. Uit dit onderzoek is een aantal aanbevelingen voor de zorgverzekeraars voortgekomen. In 2009 heeft de NZa een vervolgonderzoek uitgevoerd naar de opvolging van deze aanbevelingen. Bij beide onderzoeken is niets gebleken van misbruik van persoonsgegevens door de zorgverzekeraars¹⁶.

¹⁴ Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2013, Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 477

¹⁵ Aankomst Handelingen II 2013/14, nr. 1053

¹⁶ www.overheid.nl; zie 07-12-2009/bijlage bij kamerstuk (niet nader te specificeren)

In de Regeling zorgverzekering is onder meer opgenomen op welke wijze zorgverzekeraars persoonsgegevens dienen te verwerken en op welke wijze zorgverzekeraars moeten controleren. Op basis van een algemene risicoanalyse stelt de zorgverzekeraar een algemeen controleplan op waarbij nog niet op een detailcontrole wordt ingezet. Indien de resultaten uit het algemene controleplan aanleiding geven voor een vervolg, stelt de zorgverzekeraar op basis van een specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan op waarbij ook ingezet wordt op detailcontrole. De uitvoering van de detailcontrole geschiedt voor wat betreft de persoonsgegevens onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur, dit ter waarborging van het juist omgaan met de persoonsgegevens¹⁷.

Tijdens de jaarlijkse onderzoeken van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de zorgverzekering beoordeelt de NZa in het algemeen of de zorgverzekeraars zich houden aan de Regeling zorgverzekering.

37. Genoemde leden vragen de Minister te beargumenteren waarom de «solide systematiek» waarmee zorgverzekeraars oneigenlijk gebruik van tot de persoon herleidbare gegevens voorkomen afdoende is om de privacy te beschermen.

Antwoord: De bedoelde uniforme maatregel «Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens op basis van model 1.0» geldt voor alle zorgverzekeraars. Naleving kan door de toezichthouder NZa worden afgedwongen.

38. De Minister wil af van de situatie dat fraudebestrijding plaats moet vinden door op individueel niveau diepgravend onderzoek te doen. Wanneer dit kan worden voorkomen door fraude op een andere wijze te bestrijden is dat een goede ontwikkeling. Maar vervanging van die systematiek door een systeem waarbij de zorgverzekeraar gegevens van grote groepen patiënten in handen krijgt kent het gevaar van risicoselectie zoals hierboven geschetst. De leden van de SP-fractie vragen de Minister beide onwenselijke situaties tegenover elkaar te zetten en te beargumenteren waarom zij de voorkeur geeft aan de gekozen systematiek van het vermelden van de zorgvraagzwaarte. Gegevens die weliswaar niet zijn te herleiden tot de details van de aandoening van de individuele patiënt maar wel iets zeggen over de zwaarte van de problematiek van dit individu en bovendien veel zeggen over een groep patiënten.

Antwoord: Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar mijn inleiding voorafgaand aan de beantwoording van de gestelde vragen en naar mijn antwoord op vraag 34.

39. Waarom, zo vragen de leden van de SP-fractie, blijft de Minister maar inzetten op het verstrekken van privacygevoelige gegevens van patiënten aan zorgverzekeraars. Er is toch al een aantal keren geoordeeld, door bijvoorbeeld het College van Beroep voor het bedrijfsleven, dat het vermelden van de diagnose in de DBC enerzijds een schending van de privacy is, anderzijds de vertrouwensrelatie tussen behandelaar en patiënt schaadt? Kan de Minister uitleggen waarom zij dit naast haar neer blijft leggen? In welk belang, anders dan dat van zorgverzekeraars, doet de Minister dit? Wie heeft hier, anders dan zorgverzekeraars, om gevraagd?

Antwoord: Met referte aan de algemene inleiding bij de beantwoording van de gestelde vragen wijs ik erop dat in de eerste plaats de verzekerde een belang heeft bij de verstrekking van medische gegevens om zijn

¹⁷ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraar (Stcrt 2010, 10581)

zorgkosten te betalen dan wel vergoed te krijgen. Dat vloeit voort, zoals geschetst, uit de keuze voor een op individuele personen gericht verzekeringssysteem. In dat systeem moet met betrekking tot de verzekerde kunnen worden aangetoond dat deze verzekerd is en recht heeft op de verzekeringsaanspraak gelet op zijn gezondheidstoestand.

De uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) betreffen de verplichting voor de NZa een uitzondering te treffen voor personen die bezwaar hebben tegen de algemene regel van de NZa die verplicht diagnosegegevens op de declaratie te zetten. Het CBB verplichte de NZa tot een uitzonderingsmogelijkheid. Dat heeft de NZa ruimhartig gedaan en zich niet beperkt tot personen die de zorg voor eigen rekening nemen maar ook tot personen die daartoe met de zorgaanbieder een verklaring opstellen. Het CBB heeft in maart 2013 geoordeeld dat de door de NZa getroffen uitzonderingen voldoende zijn¹⁸. Overigens blijkt uit eerdergenoemde evaluatie van de NZa dat van de uitzonderingsmogelijkheid tot nu toe nauwelijks gebruik wordt gemaakt.

40. Erkent de Minister dat zorgverzekeraars de zorgvraagzwaarte inzetten als controle-instrument en dat hiermee afspraken uit het Bestuurlijk Akkoord GGZ worden overtreden? Waarom geeft de Minister de zorgverzekeraars deze macht?

Antwoord: De SP-fractie gaat er ten onrechte vanuit dat de regeling verzekeraars meer macht geeft. Verzekeraars hebben nu reeds de wettelijke taak en de wettelijke bevoegdheid om te controleren dat gedeclareerde zorg rechtmatig ten laste van de zorgverzekering wordt gebracht en het meest was aangewezen gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde. De «Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ» doet daar niets aan af en voegt daar niets aan toe. Met de regeling wordt de verplichte vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de factuur mogelijk gemaakt. Doordat verzekeraars de zorgvraagzwaarteindicator hierdoor kunnen gebruiken bij hun materiëlecontroletoeken (op een wijze zoals beschreven in mijn reactie op een vraag van de leden van de PvdA-fractie) is het de verwachting dat hierdoor bij verzekeraars de behoefte aan detailcontroles op het niveau van individuele patiëntdossiers zal afnemen.

Met de regeling worden geenszins de afspraken uit het Bestuurlijk Akkoord GGZ overtreden. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 is afgesproken dat vanaf 2014 zorgvraagzwaarteinformatie «op persoonsniveau beschikbaar is, [...], voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders.» Als randvoorwaarden bij deze afspraak zijn «de vigerende privacyregelgeving» en «gelijkblijvende administratieve lasten» genoemd. Nu aan deze beide voorwaarden is voldaan, is met de «Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ» geregeld dat vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-factuur per 1/1/2014 verplicht kan worden gesteld door de NZa. De NZa heeft zoals al vermeld van die mogelijkheid gebruik gemaakt in de Regeling gespecialiseerde GGZ¹⁹.

In reactie op de opmerking van de SP-fractie dat de zorgvraagzwaarteindicator door verzekeraars als controle-instrument gaat worden ingezet, wil ik graag (nogmaals) toelichten dat de zvez-indicator niet wordt gebruikt om alleen op basis daarvan op individueel niveau declaraties af te wijzen. De indicator is daarvoor niet geschikt en verzekeraars hebben deze beperking van de bruikbaarheid van de indicator vastgelegd in een gedragscode. Zoals ook al beschreven in reactie op een vraag van de PvdA-fractie, is het de bedoeling dat de indicator wordt gebruikt bij de eerste stappen in het

¹⁸ LjN: BZ 6194

¹⁹ Stcrt 2013, nr. 32982

materiëlecontroleproces, namelijk bij het uitvoeren van risico- en verbandanalyses door verzekeraars op geaggregeerd (zorgaanbieder-)niveau. Op grond van de analyse-uitkomsten kunnen verzekeraars eventueel aanbieders om nadere informatie vragen over bijvoorbeeld zorgprogrammering en de verrichte behandelactiviteiten. Dat de huidige indicator op de hiervoor beschreven (geaggregeerde) wijze kan worden gebruikt binnen het materiëlecontroleproces, sluit aan bij de constatering van de leden van de werkgroep zorgvraagzwaarte dat de zvz-indicator geschikt is voor «analyses en om bij verwerking op geaggregeerd niveau te worden gebruikt als startpunt voor de dialoog tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over doelgroepen en zorgprogrammering». In het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014–2017 is daarnaast door alle partijen geconstateerd dat de zvz-indicator 1.0 goed genoeg is «voor registratie door zorgaanbieders op individueel niveau», en om te dienen «als taal voor informatie-uitwisseling over zorgvraagzwaarte tussen zorgaanbieders en verzekeraars tot een verbeterde versie van de zvz-indicator is ontwikkeld».

41. Het opnemen van de zorgvraagzwaarte zal in een gedragscode worden uitgewerkt. Welke bemoeienis zal de Minister hebben met de inhoud van die code en het toezicht daarop?

Antwoord: Het ZN-bestuur heeft op 6 januari 2014 de uniforme maatregel «Gebruik van zorgvraagzwaartegegevens op basis van model 1.0» vastgesteld. Deze uniforme maatregel valt onder de gedragscode Goed Zorgverzekeraarschap. De Uniforme maatregel is bindend voor zorgverzekeraars. De NZa kan toezien op naleving ervan. De Uniforme maatregel is in lijn met vigerende wet- en regelgeving, met name met de ministeriële regeling waarin de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie voor de specialistische ggz vanaf 1/1/2014 expliciet mogelijk is gemaakt.

Wellicht ten overvloede zij vermeld dat de uniforme maatregel niet is gebaseerd op of gelieerd aan de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars, waarover het CBP recent een negatief besluit heeft moeten nemen gelet op de uitspraak van de Rechtbank Amsterdam van 13 november 2013²⁰. Die uitspraak gaat alleen over de vraag of het CBP de laatstgenoemde gedragscode had mogen goedkeuren, gelet op uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven. De uitspraak gaat niet over de vraag of de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ rechtmatig is, over de vormgeving van de zorgvraagzwaarteindicator of de genoemde uniforme maatregel. De uitspraak van de rechtbank is ook niet van invloed op de verdere uitwerking en doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator.

42. De Minister schrijft dat zij de zorgvraagzwaartessystematiek zoals voorgesteld verder wil doorontwikkelen naargelang ervaringen met het systeem daartoe aanleiding geven. Bovendien wil de Minister in de toekomst enig ander geschikt instrument inzetten. De leden van de SP-fractie vragen naar aanleiding hiervan wat voor de Minister reden zou zijn om voor een andere systematiek te kiezen.

Antwoord: Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar het antwoord op de vraag van de PvdA-fractie over de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator. De verwachting is dat via doorontwikkeling de voorspellende c.q. verklarende waarde van de indicator wordt vergroot en daarmee de toekomstige bruikbaarheid voor zowel zorgverzekeraars (bij materiële controle en zorginkoop) en zorgaanbieders (een volgende

²⁰ zaaknummer AMS 12/984 WBP 251

versie van de indicator kan mogelijk ook de basis vormen voor zorgtoewijzing; daar is de huidige indicator niet geschikt voor).

43. Heeft de Minister een moment vastgesteld waarop de zorgvraagzwaartessystematiek wordt geëvalueerd en de werking ervan wordt onderzocht?

Antwoord: Zoals toegelicht bij de «Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ» zal de NZa – conform het advies van het CBP – het belang van de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de ggz-factuur voor de zorginkoop meenemen in haar onderzoeken naar de werking van de verzekeringsmarkt dan wel de ggz. De NZa zal in die onderzoeken ook ingaan op de ontwikkeling van de behoefte bij verzekeraars om binnen het proces van materiële controle, over te gaan tot het uitvoeren van detailcontrole. Op die manier kan worden getoetst of en in hoeverre de beoogde effecten van de regeling ook worden gerealiseerd. De onderzoeken worden aan de Tweede Kamer gezonden.

44. Genoemde leden vragen welke systematiek in dat geval wordt overwogen.

Antwoord: De doorontwikkeling van de zvz-indicator is gericht op vergroting van de voorspellende c.q. verklarende waarde van de indicator voor de behandelinzet bij een cliënt. Bij de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator wordt aangesloten bij wat de werkgroep zorgvraagzwaarte hierover heeft geadviseerd. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het bestuurlijk overleg dat regelmatig met de ggz-sector wordt gevoerd over de uitvoering van de bestuurlijke akkoorden.

Er zal op twee manieren worden verder gewerkt aan de doorontwikkeling van de zvz-indicator:

- Ten eerste zal worden gekeken naar de mogelijkheden om de indicator op basis van verdere statistische data-analyse door te ontwikkelen (statistisch analysespoor). Hierbij kunnen niet alleen DIS-data worden betrokken, zoals bij de huidige eerste versie van de zvz-indicator is gebeurd, maar ook Vektis- en ROM-data.
- Ten tweede zal worden bekeken hoe bij de doorontwikkeling kan worden aangesloten bij de ontwikkeling van richtlijnen (medisch-inhoudelijk spoor). In het kader van richtlijnontwikkeling wordt namelijk ook voorzien in een vertaling van richtlijnen naar zorgprogrammering. De mogelijkheden om de ontwikkeling van een stoornis in te delen in verschillende fasen, worden hierin ook meegenomen.

45. Het valt de leden van de SP-fractie op dat de Minister uiteenzet naar welke alternatieven is gekeken terwijl het CBP in zijn rapport stelt dat uit navraag is gebleken dat uitsluitend binnen de zorgvraagzwaartessystematiek naar alternatieven is gekeken. Deze leden vragen de Minister dit nader te duiden. Zij vragen de Minister uiteen te zetten hoe diepgravend onderzocht is welke alternatieven er bestaan voor de zorgvraagzwaartessystematiek.

Antwoord: Het rapport Zorgvraagzwaarte 1.0 is eerder vastgesteld dan de conceptregeling die voor advies aan het CBP is gezonden. In reactie op vragen van het CBP naar welke alternatieven is gekeken, zijn in de voor advies voorgelegde concepttoelichting bij die conceptregeling aanvankelijk alleen alternatieven genoemd die binnen de systematiek van de zorgvraagzwaarteindicator zijn overwogen. Naar aanleiding van de opmerkingen hierover in het CBP-advies, ben ik in de definitieve toelichting bij de regeling daarnaast ook ingegaan op de overige alternatieven die zijn overwogen.

Er zijn door de werkgroep zorgvraagzwaarte verschillende alternatieve soorten informatie overwogen om per 2014 aan de informatiebehoefte te voldoen die verzekeraars bij hun materiële controle hebben:

- Ten eerste heeft de werkgroep zorgvraagzwaarte bekeken of niet-ziektegerelateerde factoren, zoals woonregio, leeftijd, geslacht of eventueel inkomen (in aanvulling op of in plaats van de huidige zorgvraagzwaarteindicator) bruikbaar zouden kunnen zijn om de behandelinzet (in termen van behandelduur en/of het aantal verblijfsdagen) op basis van statistische analyse te voorspellen en zo ja, of het wenselijk zou zijn om dit te doen. De werkgroep was van mening dat vooralsnog alleen klinisch zinvolle, medisch herkenbare informatie in beschouwing zou moeten worden genomen.²¹
- Ook een tweede alternatief voor het gebruik van de uiteindelijk voorgestelde zorgvraagzwaarteindicator is door de werkgroep vooralsnog afgewezen. Zo heeft de werkgroep ervoor gekozen om (nog) geen informatie bij het onderzoek te betrekken die momenteel nog niet systematisch door zorgaanbieders wordt geregistreerd. Dit heeft meerdere redenen. Door uitsluitend de bruikbaarheid van informatie te bezien die nu al systematisch door zorgaanbieders wordt (of moet worden) geregistreerd, wordt voldaan aan de in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 geformuleerde voorwaarde dat het ter beschikking stellen van de door verzekeraars gewenste extra informatie, niet mag leiden tot een toename van de administratieve lasten. Daarnaast kon de voorspellende waarde (en dus de bruikbaarheid) van informatie die nu nog niet systematisch door zorgaanbieders wordt geregistreerd, niet door middel van statistische analyse door de werkgroep worden vastgesteld.²²
- Ten slotte heeft de werkgroep ook niet gekozen voor een derde alternatief, namelijk het aan verzekeraars ter beschikking stellen van de (bron)registraties van zorgaanbieders waarvan de zorgvraagzwaarteindicator via meerdere tussentappen is afgeleid. Dit zou een onnodig grote inbreuk maken op de persoonlijke levenssfeer van de cliënt.

Geen van de hiervoor genoemde alternatieven gaf uitzicht op een minder privacybelastend alternatief voor de huidige vzv-indicator.

46. De leden van de SP-fractie vinden het teleurstellend dat de Minister geen geschillenregeling in het leven wil roepen. Zij gaat hiermee in tegen het advies van het CBP. Genoemde leden vragen de Minister waarom zij die verantwoordelijkheid niet op zich neemt maar in plaats daarvan, zoals vaak het geval is, de verantwoordelijkheid afschuift op zorgverzekeraars en zorgverleners. Een Minister die de privacygevoeligheid van deze situatie inzien kiest er in de ogen van de leden van de SP-fractie voor deze verantwoordelijkheid wel te nemen. Genoemde leden zijn van mening dat patiënten bij schending van hun privacy laagdrempelig hun beklag moeten kunnen doen bij een onafhankelijke instantie, zoals ook het CBP adviseert. Dat kan de Minister garanderen door een dergelijke regeling wel in het leven te roepen. Zij vragen de Minister haar standpunt op dit punt te herzien.

²¹ Overigens adviseert de werkgroep om niet-ziektegerelateerde factoren wel te betrekken bij het onderzoek ten behoeve van de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator (paragraaf 4.2.6, blz. 25 van het rapport zorgvraagzwaarte).

²² Bij de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator wordt wel bekeken welke momenteel nog niet systematisch door zorgaanbieders geregistreeerde informatie een aanvulling kan vormen op (of eventueel een alternatief kan vormen voor) de vastgestelde zorgvraagzwaarteindicator.

Antwoord: In aanvulling op het gestelde in de toelichting van de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ vermeld ik dat bij de totstandkoming van de Zorgverzekeringswet en de Regeling zorgverzekering, Hoofdstuk 7. «Verwerking persoonsgegevens», het instellen van een onafhankelijke geschillenregeling aan de orde is geweest. Om onnodige regulering te voorkomen en uitgaand van het principe dat eerst geklaagd moet worden bij degene die het betreft is van een regeling afgezien met het voornemen na verloop van tijd een evaluatie te houden van de klachten en de klachtafhandeling. Tot nu toe heeft dat de noodzaak voor een onafhankelijke geschilleninstantie niet aangetoond.

Overigens heb ik op vragen van de PvdA-fractie geantwoord dat de verzekerde terecht kan bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Korthedshalve verwijs ik naar dat antwoord op vraag 11.

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ. Deze leden begrijpen het doel van de regeling om duidelijkheid te scheppen inzake de uitvoering van de formele en materiële controles door zorgverzekeraars. Genoemde leden kunnen zich echter niet geheel vinden in de uitwerking van het advies van het CBP en hebben daarover een paar vragen.

47. De leden van de PVV-fractie vinden het doorbreken van het beroepsgeheim ten behoeve van betere materiële controle van declaraties een aantasting van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Deze leden vinden uit principe dat dit pas moet kunnen na toestemming van de patiënt. Nu is gekozen voor wettelijke doorbreking van het beroepsgeheim met ontheffing bij de hoofddiagnosegroep persoonlijkheidsstoornissen, bij zelfbetalers en bij ondertekenaars van een privacyverklaring. Een «ja mits» regeling terwijl de leden van de PVV-fractie voorstander zijn van een «nee tenzij» regeling, waarbij de patiënt expliciet toestemming geeft om zijn medische gegevens te delen. Deze leden vinden dat de Minister onvoldoende heeft aangetoond waarom er voor de «ja mits» regeling is gekozen. Graag krijgen zij hierop een nadere toelichting.

Antwoord: Met referentie aan de algemene inleiding en verwijzing naar een hiervoor beantwoorde vraag van de leden van de SP-fractie, wijs ik er op dat de keuze voor een wettelijke verzekering op individuele basis zonder fraude of verspilling consequenties voor de uitvoering met zich brengt, waarbij het verstrekken van bepaalde medische persoonsgegevens aan de verzekeraar onvermijdelijk is als een verzekerde zorgkosten ten laste van de zorgverzekering wil brengen.

Verzekerden kunnen binnen de basisverzekering wel kiezen tussen een natura- of een restitutieverzekering. Bij een restitutieverzekering heeft de verzekerde de mogelijkheid om van declaratie tot declaratie te bezien of hij deze indient bij zijn verzekeraar. Als hij dat niet doet, maar de kosten zelf betaalt (zonder deze ten laste te brengen van zijn eigen risico), hoeft hij geen persoonsgegevens aan de verzekeraar te verstrekken. In zekere zin is de restitutievorm daarmee een «nee tenzij»-regeling.

Verder wijs ik erop dat met de Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ de informatie op de declaratie zo kan worden uitgebreid, dat vermindering valt te voorzien van de behoefte bij zorgverzekeraars aan detailcontrole op alle dossiers van de individuele patiënten in de GGZ. Met de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator op de declaratie krijgt de zorgverzekeraar geen beeld van de verzekerde, maar een beeld van de praktijk van

de zorgaanbieder. Dat laatste is in eerste instantie voldoende voor verdere stappen in het kader van materiële controle (zie hiervoor ook het antwoord op vraag 22). Die stappen zijn met waarborgen omgeven voorgeschreven in hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering.

48. De leden van de PVV-fractie willen weten of de zorgvraagzwaarteregeling de enige methode is om declaraties te controleren en niet slechts de gemakkelijkste. Gezocht moet worden naar een werkwijze die geen of minimale inbreuk maakt op de privacy en niet welke het beste aansluit bij de praktijkvoering van behandelaar en/of zorgverzekeraar. Deze leden vinden de voorliggende keuze niet goed onderbouwd en zij vragen of er werkelijk geen andere methoden zijn met minimale inbreuk op de privacy.

Antwoord: Gelet op alle overwogen alternatieven (zie hiervoor de toelichting bij de regeling en mijn antwoord op een vraag hierover van de SP-fractie) zie ik geen mogelijkheid om in de noodzakelijke informatie voor verzekeraars te voorzien op een manier die minder privacybelastend is. Om te kunnen beoordelen of de aan een cliënt verleende zorg het meest was aangewezen gelet op diens gezondheidstoestand, is het noodzakelijk dat de verzekeraar voldoende zicht heeft op diens zorgvraag. Waar de informatie op de declaratie daar onvoldoende in voorziet, moet de verzekeraar detailcontroles uitvoeren, die zeer privacybelastend kunnen zijn. Door het opnemen van een zorgvraagzwaarteindicator op de factuur, wordt dit zo veel mogelijk ondervangen, waarbij dit sterker het geval zal zijn naarmate – als gevolg van doorontwikkeling van de indicator – de verklaringskracht van de indicator voor de behandelinzet toeneemt. Het model dat er nu ligt is een model waarbij de zorgvraagzwaarteindicator (via een systeem van gelaagde afleiding) de waarde kan aannemen van een heel getal variërend van 1 tot en met 7, zonder dat deze waarde door de verzekeraar te herleiden is tot de achterliggende geregistreerde (ongecodeerde) brongegevens op patiëntniveau. (Zie hiervoor ook het antwoord op vraag 16.)

49. De leden van de PVV-fractie vragen verder hoeveel foute declaraties met deze regeling opgespoord gaan worden. Welke bedragen zijn hiermee gemoeid en wat is de verwachting van de uiteindelijke besparingen? Deze leden zijn benieuwd of de materiële controles via deze regeling uiteindelijk een lagere schadelast voor de zorg bewerkstelligen waardoor de zorgpremie kan dalen. Kan de Minister dit met aantallen en percentages toelichten?

Antwoord: De regeling heeft verschillende doelen, zoals het bevorderen van de naleving van de overeenkomsten tussen zorgverzekeraar en verzekerde, tussen zorgaanbieder en patiënt en tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Daarbij heeft de regeling het voordeel dat met het vermelden van de zorgvraagzwaarteindicatie op de declaratie de noodzaak tot de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde wordt verkleind. Er valt geen uitspraak te doen over hoeveel foute declaraties als gevolg van de inwerkingtreding van de regeling zullen worden opgespoord, noch welke bedragen daarmee zijn gemoeid. Bovendien worden prestaties na correctie van de factuur vaak alsnog op de juiste wijze gedeclareerd.

50. Tot slot willen de leden van de PVV-fractie een reactie op de uitspraak van de rechtbank van Amsterdam. De rechter stelt dat de Gedragscode Zorgverzekeraars strijdig is met de privacybeginselen en dat het CBP hieraan ten onrechte goedkeuring heeft verleend. Hiermee ontbreekt dus de waarborg dat de medische gegevens zorgvuldig door zorgverzekeraars worden verwerkt. Deze leden willen hierop graag een reactie van de Minister.

Antwoord: Ik deel niet de conclusie van de leden van de PVV-fractie dat de waarborg ontbreekt dat de medische gegevens zorgvuldig door verzekeraars worden verwerkt. Verzekeraars zijn daartoe (ook zonder gedragscode) verplicht op grond van internationale en nationale wet- en regelgeving. Of zij ook feitelijk zorgvuldig omgaan met medische gegevens is eveneens niet afhankelijk van de goedkeuring van de gedragscode, maar van de feitelijke inrichting van de controleprocessen bij de verzekeraar in technische en personele zin. Verzekeraars hebben er alle belang bij uit te sluiten dat medische persoonsgegevens in verkeerde handen vallen of dat de suggestie kan ontstaan dat de gegevens verkeerd worden gebruikt. De verzekeraars hebben daartoe in aanvulling op de gedragscode die specifiek is geschreven voor de verwerking van persoonsgegevens nog aanvullende voorschriften met betrekking tot declaratieverkeer en verwerking van persoonsgegevens opgenomen bij de Gedragscode Goed Verzekeraarschap. De desbetreffende door het bestuur van ZN vastgestelde Uniforme maatregelen die voor alle verzekeraars gelden zijn hiervoor genoemd.

Verder wijs ik op het volgende. De noodzaak tot aanvraag van de goedkeuring van de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars was nog gebaseerd op de situatie dat in de gedragscode een deel van de waarborgen stond opgenomen waaraan moest worden voldaan om een correcte wettelijke grondslag te creëren voor het uitvoeren van formele en materiële controle met – waar dat noodzakelijk was – inzage van medische persoonsgegevens van verzekerden. Met de ministeriële regelingen die in 2010 en 2011 zijn getroffen ten behoeve van de uitvoering van formele en materiële controle in de Zvw, de AWBZ en voor de vrijwillige/aanvullende verzekering in de WMG, is die noodzaak tot goedkeuring van de gedragscode voor het creëren van een wettelijke grondslag vervallen²³. De voor de wettelijke grondslag benodigde voorschriften zijn thans opgenomen in de Zvw, AWBZ, WMG en de op die wetten gebaseerde ministeriële regelingen. Daarmee is voor een adequate wettelijke grondslag de gedragscode dus niet meer noodzakelijk.

Ten slotte wijs ik erop dat zolang het hoger beroep nog loopt tegen de uitspraak van de rechtbank Amsterdam nog niet definitief vaststaat of het CBP ten onrechte goedkeuring heeft verleend aan de gedragscode.

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de voorgenomen regeling met betrekking tot de verwerking van de zorgvraagzwaarteindicator in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Deze leden merken op dat het waarborgen van de privacy van de patiënt voor hen centraal staat. Daarover hebben deze leden nog enkele vragen en opmerkingen.

51. De leden van de D66-fractie constateren dat door de zorgvraagzwaarteindicator zorgverzekeraars niet meer detailcontrole op individueel niveau hoeven toe te passen. Kan de Minister aangeven of de zorgverzekeraar dit nu ook niet meer mag doen? Zo nee, waarom behoudt de zorgverzekeraar die mogelijkheid? Deze leden zijn, net als het CBP, van mening dat detailcontrole een onwenselijk zware inbreuk op de persoonlijke levenssfeer tot gevolg heeft.

Antwoord: Detailcontrole blijft als instrument bestaan. Gebruik ervan is afhankelijk van de casus. Voor de manier waarop detailcontroles mogen worden ingezet in het materiëlecontroleproces, verwijs ik naar de

²³ Stcrt 2010, nr. 10581; Stcrt. 2011, nr. 10301; Stcrt.2011, nr. 10339

toelichting bij de regeling van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraar²⁴.

52. De leden van de D66-fractie lezen dat de regeling een uitzondering geeft aan cliënten met persoonlijkheidsstoornissen, omdat de zorgvraagzwaarteindicator hier een beperkte voorspellende waarde voor geeft. De werkgroep zorgvraagzwaarte heeft echter aangegeven dat alle stoornissen die beperkte voorspellende waarde hebben. Waarom heeft de Minister ervoor gekozen om alleen aan de persoonlijkheidsstoornissen een uitzondering te geven?

Antwoord: Ik verwijs voor het antwoord op deze vraag naar het antwoord die ik heb gegeven op vergelijkbare vragen van de VVD-fractie en de PvdA-fractie, respectievelijk de vragen 2 en 22.

53. De leden van de D66-fractie hechten veel waarde aan toegankelijke verzekeringen voor individuen. (Zorg)Verzekeraars krijgen met deze regeling beschikking over grote hoeveelheden informatie van een cliënt in de cGGZ. Kunnen verzekeraars volgens de Minister deze gegevens als grondslag gebruiken om een (voormalige) Ggz-cliënt te weren bij een schade- of inboedelverzekering? Genoemde leden zouden dat zeer onwenselijk vinden. Deze leden vragen daarom of hier in de verwerking van persoonsgegevens een scheiding wordt gemaakt. Zij vernemen dat graag.

Antwoord: In de Zvw, de AWBZ en de WMG en de daarop gebaseerde regelingen is een strikte beperking aangebracht in de doelen waarvoor de gegevens mogen worden gebruikt. In Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars wordt nader uitgewerkt hoe de geheimhouding van gegevens en beperking van het gebruik tot de geoorloofde doelen binnen de organisatie van een zorgverzekeraar moet worden vorm gegeven. De doelen van de verstrekking van de gegevens beperken zich, zoals in de toelichting bij de regeling uitdrukkelijk is aangegeven tot de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen. Het gebruik voor andere verzekeringen is niet toegestaan.

54. De leden van de D66-fractie lezen dat de zorgvraagzwaarteindicator zich in een lerende omgeving zal doorontwikkelen. Is de Minister voornemens dit proces te monitoren en waar nodig te faciliteren? Zo ja, op welke manier denkt de Minister hieraan vorm te geven?

Antwoord: De monitoring van dit proces vindt plaats door middel van de periodieke ambtelijke en bestuurlijke overleggen die plaatsvinden met alle partijen die het Bestuurlijk Akkoord GGZ 2014–2017 hebben ondertekend. Bovendien zijn er voor de uitvoering van het akkoord middelen beschikbaar, waaruit ook activiteiten ten behoeve van de doorontwikkeling van de zorgvraagzwaarteindicator worden gefinancierd.

55. De leden van de D66-fractie constateren daarnaast dat de rechtbank van Amsterdam op 13 november jl. de uitspraak heeft gedaan dat het CBP de gedragscode «Verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars» ten onrechte heeft goedgekeurd. Deze leden vernemen hierop graag de reactie van de Minister vragen welke consequenties deze uitspraak heeft. Genoemde leden hechten veel waarde aan privacy van persoonsgegevens en verwachten daarom een gedragscode die dit borgt.

²⁴ Stcrt. 2010, nr. 10581

Antwoord: Voor een reactie op deze vraag verwijs ik naar mijn eerdere antwoorden op de desbetreffende vragen van de leden van de fracties van de PvdA, de SP en de PVV.