

Wijziging Regeling zorgverzekering ter uitvoering Zorgverzekeringswet

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 15 december 2005, nr. Z/VV-2634906, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Handelende in overeenstemming met de Minister en de Staatssecretaris van Financiën en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;
Gelet op de artikelen 40, tweede lid, 46, eerste lid, 49, eerste lid, 69, derde lid en 87, zesde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

Artikel 1

In de Regeling zorgverzekering¹ worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A

1. De woorden voor de dubbele punt in de onderdelen s, t en u, worden telkens recursiveerd.
2. Aan artikel 1, eerste lid, worden, onder vervanging van de punt aan het slot door een puntkomma, acht onderdelen toegevoegd, luidende:
 - v. *prestatie*: een prestatie als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet;
 - w. *prestatiebeschrijving*:
 - 1°. een beschrijving van de prestatie zoals die op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg voor een zorgaanbieder is goedgekeurd of vastgesteld dan wel
 - 2°. een beschrijving van de prestatie zoals die tussen de verzekerde en de zorgaanbieder is overeengekomen indien voor die zorgaanbieder niet een prestatiebeschrijving op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg behoeft te worden goedgekeurd of vastgesteld;
 - x. *deklaratieregeling*: een regeling bedoeld in artikel 2b, derde lid, onder b, van de Wet tarieven gezondheidszorg;
 - y. *formeel controle*: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:
 - 1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
 - 2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon,
 - 3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en

- 4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen;
- z. *materiële controle*: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde;
- aa. *fraudeonderzoek*: een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of de zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of tracht te plegen bij de totstandkoming of uitvoering van een overeenkomst van zorgverzekering betrokken personen en organisaties met het doel een prestatie, vergoeding, betaling of ander voordeel te krijgen waarop de verzekerde dan wel de zorgaanbieder geen recht heeft of recht kan hebben;
- bb. *verhaalsrecht*: het recht van de verzekeraar op grond van artikel 284 van het Wetboek van Koophandel de schade die is veroorzaakt door anderen dan de verzekerde op deze derden te verhalen;
- cc. *gedragscode*: de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, waaronder mede begrepen het daarbij behorende Addendum met het protocol materiële controle, opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland waarvoor het College bescherming persoonsgegevens een verklaring heeft afgegeven als bedoeld in artikel 25 van de Wet bescherming persoonsgegevens.

B

Na artikel 3.7 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.7a

Tot de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van overige prestaties worden niet gerekend de zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden, met uitzondering van betalingen uit hoofde van een eigen risico.

C

Artikel 5.4 komt te luiden:

Artikel 5.4

Als loon, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet wordt aangewezen:

- a. loon uit tegenwoordige dienstbetrekking overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van:
 - 1°. de genoten beloning, bedoeld in artikel 4, onderdeel f, van de Wet op de loonbelasting 1964;
 - 2°. het in artikel 13bis van de Wet op de loonbelasting 1964 bedoelde voordeel, voor zover dit voordeel door middel van een aan de werknemer opgelegde naheffingsaanslag als loon in aanmerking is genomen;
- b. tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin de verzekeringsplichtige de leeftijd van 65 jaar bereikt: loon uit vroegere arbeid overeenkomstig de wettelijke bepalingen van de Wet op de loonbelasting 1964, met uitzondering van:
 - 1°. uitkeringen ingevolge een pensioenregeling of regeling voor vervroegde uittreding als bedoeld in de Wet op de loonbelasting 1964, niet zijnde een uitkering ingevolge een regeling voor vervroegde uittreding die vóór 1 januari 2006 is ingegaan en op grond waarvan de uitkeringsgerechtigde ingevolge artikel 1, onderdeel g, van het Aanwijzingsbesluit verzekerden Zfw verzekerd was ingevolge de Ziekenfondswet;
 - 2°. uitkeringen of pensioenen krachtens of vanwege een pensioenregeling als bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder c en d, van de Toeslagwet Indonesische Pensioenen 1956, het Pensioenreglement Nederlands Nieuw Guinea (Gouvernementsblad van Nederlands Nieuw Guinea 1958, 83), de Wet aanpassing Pensioenvoorziening Bijstandskorps, de Garantiewet Surinaamse Pensioenen en de Toeslageregeling pensioenen Suriname en Nederlandse Antillen;
 - 3°. uitkeringen en verstrekkingen ingevolge een aanspraak op periodieke uitkeringen en verstrekkingen als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de loonbelasting 1964, en
 - 4°. inkomsten als bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdelen a, d, f, i, j, k en l van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965.
 - 5°. uitkeringen ingevolge de Algemene Ouderdomswet.
- D
Artikel 5.10 vervalt.
- E
In artikel 5.12, eerste en tweede lid, wordt 'betalingen' vervangen door: ontvangsten.

F
Aan het slot van artikel 6.3.1, tweede lid, wordt na 'beschouwd' toegevoegd: , en vormt tevens het gedeelte van de bijdrage waarop de berekening van de in artikel 69, derde lid, van de Zorgverzekeringswet bedoelde boete wordt gebaseerd.

G
Hoofdstuk 7 komt te luiden als volgt:

Hoofdstuk 7. Verwerking persoonsgegevens

Artikel 7.1

1. Als persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zorgverzekeringswet worden aangemerkt de in artikel 7.2 bedoelde persoonsgegevens.

2. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het verrichten van formele controle dan wel materiële controle ten behoeve van:

- de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder;
 - de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie;
 - de vaststelling van de eigen bijdragen van een verzekerde;
 - de vaststelling van het eigen risico van een verzekerde;
 - de vaststelling van de no-claim van een verzekerde en het verrichten van fraudeonderzoek.
3. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het uitoefenen van verhaalsrecht.

Artikel 7.2

De zorgverzekeraar beschikt ten behoeve van de in het voorgaande artikel aangegeven doelen over de volgende gegevens van de verzekerde:

- naam, adres, postcode en woonplaats;
- polisnummer, geslacht en geboortedatum;
- de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
- wanneer de prestatie is geleverd;
- het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt en
- de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde.

Artikel 7.3

De zorgaanbieder is verplicht de in het vorige artikel bedoelde gegevens te verstrekken aan:

- de zorgverzekeraar, of een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon, indien die zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt;
- de verzekerde, indien de zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie bij de verzekerde in rekening brengt.

Artikel 7.4

- De zorgverzekeraar verricht de materiële controle en het fraudeonderzoek op de wijze zoals bij de gedragscode is vastgelegd.
- De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan de controle en het onderzoek als bedoeld in het eerste lid.

Artikel 7.5

De zorgverzekeraar draagt zorg voor een zorgvuldige verwerking op de wijze zoals bij de gedragscode is vastgelegd van de hem op grond van artikel 7.2 verstrekte persoonsgegevens.

Artikel II

Deze Regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2006.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*

¹ Stcrt. 2005, 171; laatstelijk gewijzigd bij ministeriële regeling van 13 december 2005 (Stcrt. 242).

Toelichting

Algemeen

Onderdeel B

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) moeten verzekeren in een aantal gevallen zelf een deel van de zorgkosten voor eigen rekening nemen. Het gaat hierbij onder meer om zorggebonden eigen betalingen op grond van wettelijke bepalingen, bijbetalingen in geval een verzekerde met een polis waarin sprake is van zorgcontractering naar een nietgecontracteerde zorgaanbieder gaat en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen. Deze kosten komen niet voor rekening van de zorgverzekeraar. Het ligt dan ook niet in de rede deze kosten te betrekken bij de kosten die van belang zijn voor de risicoverevening. Immers, anders zou de zorgverzekeraar op grond van ex post mechanismen compensatie krijgen voor kosten die hij zelf niet betaalt.

Enige uitzondering op deze regel vormen de eigen betalingen in geval van eigen risico. Achtergrond hiervan is dat

tegenover een eigen risico een premiekorting staat. Op het moment dat de eigen betalingen vanwege een eigen risico niet zouden meetellen voor de risicoverevening, zouden verzekeraars door de werking van ex post mechanismen een beperktere premiekorting kunnen geven. Dit zou de prikkel tot het aangaan van eigen risico's sterk reduceren, wat ongewenst wordt geacht.

Onderdeel C tot en met F

De wijziging van artikel 5.4 hangt in de eerste plaats samen met de in de tweede Nota van Wijziging op het Belastingplan 2006 (Kamerstukken II vergaderjaar 2005–2006, 30 306, nr. 16) geïntroduceerde verklaring geen privé-gebruik. De werknemer kan deze verklaring bij de Belastingdienst aanvragen indien hij meent dat de bijtelling in verband met de auto van de zaak op hem niet van toepassing is. De inhoudingsplichtige (hierna: werkgever) kan de bijtelling achterwege laten indien positief op de aanvraag van de verklaring wordt beslist. Als de bijtelling ondanks de verklaring toch op de werknemer van toepassing blijkt te zijn, dan zal doorgaans een naheffingsaanslag loonbelasting en een naheffingsaanslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage aan de werknemer worden opgelegd. Conform de toelichting op de tweede Nota van Wijziging op het Belastingplan 2006 is de werkgever in dat geval niet verplicht om een vergoeding als bedoeld in artikel 46 van de wet te verstrekken voor de inkomensafhankelijke bijdrage die de werknemer is verschuldigd over het nageheven loon. Hiermee wordt bereikt dat de verklaring geen privé-gebruik voor de werkgever een vrijwarend karakter krijgt. De naheffingsaanslag loonbelasting en inkomensafhankelijke bijdrage wordt wel aan de werkgever opgelegd, indien deze weet dat de mededeling dat de bijtelling in verband met de auto van de zaak achterwege kan blijven niet juist is. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een vooropgezet plan tussen de werkgever en werknemer ter zake van het ten onrechte verzoeken van een verklaring. De werkgever is in dit geval wel verplicht om een vergoeding als bedoeld in artikel 46 van de wet te verstrekken voor de inkomensafhankelijke bijdrage die de werknemer is verschuldigd over het nageheven loon.

Met de wijziging van artikel 5.4 wordt daarnaast bewerkstelligd, dat de inhoudingsplichtige (in dit geval de verzekeraar) geen vergoeding als bedoeld in artikel 46 van de wet hoeft te verstrekken voor de inkomensafhankelijke bijdrage die de werknemer is verschuldigd over zogenoemde stamrechtuitkeringen. Het gaat hierbij om uitkeringen uit door een (ex-)werkgever toegekende aanspraken op periodieke uitkeringen ter vervanging van gederfd of te derven loon, die voldoen aan de in artikel 11,

eerste lid, onderdeel g, van de Wet op de loonbelasting 1964 gestelde voorwaarden.

Op grond van artikel 5.4 is over loon uit vroegere arbeid vergoeding, bedoeld in artikel 46, eerste lid, van de Zvw verschuldigd tot de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin de verzekeringsplichtige de leeftijd van 65 jaar bereikt. Een uitkering ingevolge de Algemene Ouderdomswet wordt toegekend aan een persoon die de 65 jarige leeftijd heeft bereikt met ingang van de maand waarin betrokkene 65 jaar wordt. Die systematiek leidt er toe dat over de AOW-uitkering voor de maand waarin betrokkene de 65-jarige leeftijd bereikt door de SVB wel een vergoeding voor de over de AOW-uitkering verschuldigde Zvw-bijdrage zou moeten worden verstrekt en daarna niet meer. Een afwijkende regeling voor de eerste maand waarin een AOW-uitkering wordt ontvangen, zou uitvoeringstechnisch complicaties opleveren die veel kosten mee zich brengen. Dit is uiteraard niet de bedoeling. Met de bepaling in onderdeel b, subonderdeel 5°, van de Regeling zorgverzekering wordt dit recht gezet zodat de SVB ook over de AOW-uitkering voor de maand waarin betrokkene 65 jaar geen vergoeding van de inkomensafhankelijke bijdrage Zorgverzekeringen hoeft te verstrekken.

Hetgeen geregeld wordt in artikel 5.10 wordt al afgedekt door artikel 4.4, zodat deze bepaling is komen te vervallen.

De wijziging in onderdeel D betreft een redactionele verbetering. Door vervanging van 'betalingen' door 'ontvangsten' wordt de woordkeus in de bepaling aangepast aan de terminologie die in de sector waarbinnen de afdracht van de inkomensafhankelijke bijdrage zich afspeelt, gebruikelijk is. Er kan van ontvangsten sprake zijn zonder dat er werkelijk betalingen hebben plaatsgevonden.

Net als verzekeringsplichtigen die niet tijdig een zorgverzekering afsluiten verbeuren verdragsgerechtigden, bedoeld in artikel 69 van de Zvw, die zich niet binnen vier maanden nadat het recht op zorg ten laste van de Nederlandse wettelijke regeling inzake ziektekosten is ontstaan bij het College zorgverzekeringen aanmelden, een boete. Het College zorgverzekeringen legt de boete, die gelijk is aan 130% van een nader te bepalen gedeelte van de door verdragsgerechtigden verschuldigde bijdrage, op. Met de wijziging van onderdeel E (het tweede lid van artikel 6.3.1) wordt bepaald dat het betreffende gedeelte het bedrag is bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, van genoemd artikel.

Onderdeel G

1. Algemeen

Inleiding

Artikel 87 van de Zvw biedt een wettelijke basis voor het gebruik van persoonsgegevens bij de uitvoering van die wet en de zorgverzekering. Op aandringen van het College bescherming persoonsgegevens (CBP) wordt in onderhavig hoofdstuk van de regeling, dat mede is gebaseerd op dat artikel, helderheid geboden over de door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars of verzekerden te verstrekken gegevens (artikel 7.2).

Medische gegevens behoren tot de hoogste categorie van gevoeligheid en hebben in het (internationale) recht bijzondere bescherming gevonden. Daarnaast is onderkend dat het verwerken van persoonsgegevens in het kader van een (wettelijk systeem van) ziektekostenverzekering en het declaratieverkeer onontbeerlijk is. Naar de aard van de materie zijn daarbij ook zeer gevoelige gegevens als medische gegevens in het geding.

In het kader van het privacyrecht en de Zvw staat voorop dat de verwerking van persoonsgegevens slechts is toegestaan voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw. Dit noodzakelijkheidscriterium beheerst dan ook mede in het licht van het gekozen bestorting en tarifieringssysteem de beantwoording van de vraag tot welk detailniveau persoonsgegevens in het kader van het declaratieverkeer door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars verstrekt kunnen worden. De ministeriële regeling geeft tezamen met de prestatiebeschrijvingen invulling aan de uitwerking van dit noodzakelijkheidscriterium. Voorts scheidt de ministeriële regeling helderheid over de doelen die met de verstrekking van persoonsgegevens worden gediend (artikel 7.1).

Voorkomen misbruik bij acceptatiebeoordeling

Voor alles is duidelijk dat de bovenbedoelde gevoelige gegevens nimmer gebruikt mogen worden voor beoordeling van de acceptatie voor een of meer verzekeringen. Bij deze onderhavige regeling moet constant worden bedacht dat naast het gewone gebruik van persoonsgegevens binnen de gezondheidszorg het voorkomen van misbruik van die gegevens bij acceptatie voor ziektekostenverzekeringen en andere typen verzekeringen voorop staat. Een en ander mag er echter niet toe leiden dat de angst voor een zodanig misbruik leidt tot een verlamming met betrekking tot het noodzakelijke gebruik van persoonsgegevens ten behoeve van een adequate uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw.

Afstemming

Het CBP, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn intensief betrokken geweest bij de totstandkoming van dit hoofdstuk van de regeling (Brief van 23 september 2005 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal; Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 17).

Declaratie en persoonsgegevens

De regeling is zodanig vormgegeven dat de in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) vastgestelde prestatiebeschrijving als gegeven bij de declaratie wordt verstrekt als aanduiding van de ten behoeve van de verzekerde patiënt verrichte prestatie. In de WTG is vastgelegd wat er bij een declaratie moet worden vermeld met betrekking tot de geleverde prestatie en het daaraan gekoppelde tarief. Op grond van de onderhavige regeling wordt dat voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw uitgebreid met persoonskenmerken van de verzekerde. Deze combinatie van persoonskenmerken en prestatiebeschrijving heeft tot gevolg dat een op zich neutrale prestatiebeschrijving een gevoelig karakter kan krijgen omdat die combinatie informatie geeft die aan een persoon is verbonden. Naarmate de prestatiebeschrijving meer informatie bevat, zal – aangezien de prestatiebeschrijving de kern van de declaratie vormt – ook de declaratie voor de aan de verzekerde geleverde zorg in dit opzicht gedetailleerder zijn. In het licht van de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw wordt deze aanpak nochtans noodzakelijk geacht. Daarbij is het volgende overwogen.

Kern prestatiebeschrijving

Er is een strikte relatie tussen de prestatie waarvoor de verzekerde is verzekerd, de aan deze 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 verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie. De verzekeraar moet kunnen vaststellen dat die strikte relatie er is. Zonder formele en materiële controle door de zorgverzekeraar is dat niet mogelijk. Die prestatie wordt door het College tarieven gezondheidszorg vastgelegd in een prestatiebeschrijving op basis van de WTG. In de toekomst gebeurt dat door de Nederlandse Zorgautoriteit op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMO). Als de zorgaanbieder declareert moet hij daarbij de prestatiebeschrijving hanteren. De verzekeraar is strafbaar als hij een declaratie met een onjuiste prestatiebeschrijving betaalt of vergoedt. De WTG schrijft dan ook voor dat op de declara-

tie altijd het tarief én de daarbijbehorende prestatiebeschrijving moet worden vermeld. Het CTG mag daarbij nog aanvullende eisen aan de declaratie stellen. Die prestatiebeschrijving speelt in het verkeer tussen zorgaanbieder, verzekerde en zorgverzekeraar een centrale rol.

Prestatiebeschrijving, tarief en bekostiging

Voor de prestatiebeschrijving en het daarbij behorende tarief is het noodzakelijk dat deze aansluit bij de door de zorgverlener uitgevoerde verrichtingen en daaraan gekoppelde werkelijk gemaakte kosten. Naarmate de prestatiebeschrijving en het daarbij behorende tarief verder uiteen lopen, zullen verzekeren, zorgaanbieders en verzekeraars het tariefstelsel als onnauwkeurig en onrechtvaardig beoordelen. Dit geldt des te sterker wanneer (zoals in het kader van de Zvw het geval is) private verzekeraars voor eigen rekening verzekeringen sluiten en schades moeten vergoeden en waarbij verzekerden door no-claim en vrijwillig eigen risico een direct financieel belang hebben bij de hoogte van het tarief.

Doelen verwerking persoonsgegevens

Dit hoofdstuk strekt ertoe aan te geven welke persoonsgegevens door declarerende zorgaanbieders aan zorgverzekeraars of verzekerden kosteloos dienen te worden verstrekt ten behoeve van in dit hoofdstuk aangegeven doelen die verband houden met de uitvoering door zorgverzekeraars van de zorgverzekering of van de Zvw. Die doelen betreffen het uitvoeren van de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder, de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie, de vaststelling van de eigen bijdrage van de verzekerde, de vaststelling van het eigen risico van een verzekerde, de vaststelling van de no-claim van een verzekerde en het verrichten van fraudeonderzoek. De gegevens mogen ook worden gebruikt voor het uitoefenen van verhaalsrecht.

Algemene toepasbaarheid

De regeling is ten algemene van toepassing op verzekerde zorg en andere diensten waarvan de kosten in rekening worden gebracht aan de zorgverzekeraar of aan de verzekerde, die deze rekening weer kan gebruiken voor het verzoek aan de zorgverzekeraar tot vergoeding van kosten voor de hem in rekening gebrachte prestatie. De regeling is van toepassing bij alle polisvarianten die op grond van de Zvw mogelijk zijn.

In de meeste gevallen zullen de kosten in rekening gebracht worden door middel van een tarief dat op grond van de WTG is goedgekeurd of vastgesteld. De regeling is zo opgezet dat de regeling

ook van toepassing is als de prestatie niet onder de WTG valt, zoals bij voorbeeld bij hulpmiddelen of bloed en bloedproducten.

2. Prestatie en prestatiebeschrijving

Vastlegging prestatiebeschrijvingen

Met de WTG kan zowel het tarief als de prestatie worden vastgelegd. Deze prestaties liggen vast in zogenaamde prestatiebeschrijvingen. Die prestatiebeschrijvingen worden door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) in een beleidsregel op grond van artikel 11 van de WTG vastgelegd. Op de nauwe betrokkenheid van belanghebbenden bij de totstandkoming van prestatiebeschrijvingen wordt hieronder separaat ingegaan. De minister keurt deze beleidsregels goed (artikel 12 WTG). Eerst nadat een prestatiebeschrijving door het CTG is vastgelegd in een zogenaamde tariefbeschikking van een zorgaanbieder of voor een categorie van zorgaanbieders, kunnen deze die prestatie rechtsgeldig in rekening brengen.

Diversiteit prestatiebeschrijvingen

Prestatiebeschrijvingen verschillen naar aard en inhoud. Een voorbeeld van een prestatie is een consult bij de huisarts, een zitting bij een fysiotherapeut, een eenvlaksvulling bij de tandarts en een diagnose behandeling combinatie (dbc). De dbc is als volgt te definiëren: een omschrijving van de door een zorgaanbieder aan een patiënt verleende zorg, waarbij met behulp van een code een aanduiding wordt gegeven van het medisch specialisme, het zorgtype, de diagnose, de op grond van die diagnose aangewezen combinatie van behandelingen en in voorkomende gevallen de zorgvraag.

Het begrip prestatiebeschrijving is expliciet in de WTG ingevoerd met de inwerkingtreding van de WTG ExPres op 1 februari 2005. Voor meer informatie over aard, inhoud en reikwijdte van dat begrip wordt verwezen naar de parlementaire geschiedenis van de WTG ExPres, in het bijzonder naar hoofdstuk 6 over prestatiebekostiging in de memorie van toelichting, de paragraaf over prestatiebeschrijvingen/nieuwe behandelmethoden in de nota naar aanleiding van het verslag en de memorie van antwoord (Kamerstukken II, 2004/05, 29 379, nrs. 3, 6 en D).

Vrije prestatiebeschrijving

Indien en voor zover niet op basis van de WTG een prestatiebeschrijving hoeft te worden vastgelegd omdat zorgaanbieders niet onder die wet vallen of de prestaties van die wet zijn vrijgesteld, wordt in dit hoofdstuk als prestatiebeschrijving begrepen de beschrijving van de prestatie zoals die op grond van de overeenkomst met de zorgaanbieder tot stand komt.

3. Declaratievoorschriften en persoonsgegevens

WTG leidend

De WTG bepaalt in artikel 2b, tweede lid, dat een zorgaanbieder een tarief in rekening brengt onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving. De WTG bepaalt in artikel 2b, derde lid, aanhef en onder b, dat het CTG regelen kan stellen betreffende het specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen. Die regelingen houden rekening met de noodzaak van het verstrekken van persoonsgegevens de gezondheid betreffende. Aldus wordt bij of krachtens de WTG, met inachtneming van het onderstaande, bepaald welke gevoelige gegevens er op de declaratie moeten worden vermeld. Een voorbeeld daarvan is de regeling die het CTG voor het in rekening brengen van dbc's heeft vastgesteld.

Bescherming persoonsgegevens

Een declaratieregeling moet worden afgestemd op het bepaalde bij of krachtens de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) en de wettelijke regels over het medisch beroepsgeheim. Het is immers niet de bedoeling dat zonder noodzaak of rechtsgrond persoonsgegevens, waaronder begrepen persoonsgegevens betreffende de gezondheid waarop het medisch beroepsgeheim van toepassing is, aan verzekeraars worden verstrekt. Het is daarentegen evident dat de verzekerde wel kennis mag nemen van alle op hem betrekking hebbende persoonsgegevens en deze ook aan anderen mag verstrekken. In de WTG is op dit moment geen expliciete relatie gelegd tussen de prestatiebeschrijving, de declaratievoorschriften, de gegevens die op de rekening moeten worden vermeld en de eisen die de WBP aan die gegevens stelt.

Afstemming op grond van WTG/WMG en WBP

De WTG wordt naar verwachting vervangen door het bij koninklijke boodschap van 16 juli 2005 bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingediende voorstel Wet marktordening gezondheidszorg (Kamerstukken II, 2004/05, nr. 30 186) (WMG). De WMG kent terzake dezelfde bepalingen als in de WTG. In de WMG is in artikel 17 opgenomen dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) met onder andere het CBP afspraken maakt over aangelegenheden van wederzijds belang en de wederzijdse informatievoorziening. De afspraken kunnen onder meer gaan over hoe het CBP betrokken wordt bij de totstandkoming van prestatiebeschrijvingen. Op verdere afspraken betreffende toezicht kom ik hierna terug.

4. Positie belanghebbenden bij vaststellen prestatiebeschrijvingen en declaratievoorschriften

Nauwe betrokkenheid veldpartijen

De zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn nauw betrokken bij de voorbereiding van de voor hen relevante prestatiebeschrijvingen. De WTG kent een bijzondere positie toe aan de belangenorganisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De minister wijst belangenorganisaties aan die geacht worden de betrokken groeperingen te vertegenwoordigen. Het bestuursreglement van het CTG stelt een aantal commissies in, waarin de belangenorganisaties meedoen aan de voorbereiding van de beleidsregels, en daarmee aan de prestatiebeschrijvingen, van het CTG. Het CTG stelt vervolgens, mede op grond van het advies van de betrokken commissie, de beleidsregels vast. Op deze manier geeft het CTG invulling aan de verplichting van artikel 3:2 van de Algemene wet bestuursrecht (AWB), waarin staat dat een bestuursorgaan de nodige kennis moet vergaren over relevante feiten en belangen voordat het een besluit neemt.

Wet marktoordening gezondheidszorg

Indien de WMG tot wet wordt verheven en in werking treedt blijven de zorgaanbieders en zorgverzekeraars betrokken bij de totstandkoming van prestatiebeschrijvingen. Deze wet vervangt de WTG. De NZa, die het CTG en het CTZ opvolgt, heeft als (markt)toezichthouder een andere rol dan het CTG. Het past volgens het kabinet niet bij de rol van de NZa om de belangenorganisaties een vergelijkbare positie te geven als in de WTG. Het wetsvoorstel voorziet dan ook niet in het aanwijzen van representatieve organisaties door de minister. Ook bevat het wetsvoorstel geen bepaling over het kunnen instellen van commissies door de NZa. Dit betekent dat de NZa zelf kiest hoe zij aan haar verplichting van artikel 3:2 AWB voldoet. Dit kan bijvoorbeeld door, al dan niet in commissieverband, deskundigen te consulteren, maar ook door marktpartijen gericht om een reactie te vragen, zoals de NMa doet met haar consultatiedocumenten. In haar bestuursreglement komt te staan hoe de NZa aan haar verplichting op grond van de AWB inhoud wil geven.

Openheid

Van een onbekende grootheid als 'prestatiebeschrijving' die zonder betrokkenheid van belanghebbenden kan worden veranderd is dan ook geen sprake. Belanghebbenden zullen zich echter – wellicht meer dan thans – bij de advisering moeten realiseren dat de prestatiebeschrijving niet alleen bekostiging- en tarifieringsaspecten heeft. Ook de wijze waarop de declaratie moet worden inge-

richt zal een onderwerp van aandacht moeten zijn vanwege de bescherming van persoonsgegevens.

5. Relatie sturing en detailinformatie

Dit hoofdstuk is van toepassing onafhankelijk van de mate van detaillering van de prestatiebeschrijving en in het verlengde daarvan van de detaillering op de declaratie. Zoals hiervoor is aangegeven wordt die prestatiebeschrijving vastgelegd op grond van de WTG met betrokkenheid van belanghebbenden. Die detaillering is afhankelijk van het sturingsstelsel dat door de overheid wordt gekozen voor de zorg. Thans is gekozen voor gereguleerde marktwerking en is de overheid bezig met een transformatie van regelgeving en met de overgang naar prestatiebekostiging. Dat laatste brengt met zich dat per prestatie alle daarmee gemoeide kosten op transparante wijze in rekening worden gebracht. Die transparantie bevordert het inzicht in de kosten en het inzicht in de marges waarover tussen zorgaanbieders en verzekeraars onderhandeld kan worden bij de tariefbesprekingen. Wordt, in tegenstelling tot prestatiebekostiging, bijvoorbeeld voor lange tijd gekozen voor een lumpsumfinanciering dan hoeft de declaratie niet zo gedetailleerd te zijn. Zo kent elk sturingsstelsel van de overheid zijn eigen behoefte aan detaillering van declaratie-informatie. De informatiebehoefte en sturingsstelsel dienen goed op elkaar aan te sluiten anders zijn sturing en verantwoordelijkheden die aan de onderscheiden partijen zijn opgelegd niet waar te maken. Daarbij dient van geval tot geval te worden beoordeeld of persoonsgegevens tussen zorgaanbieder en verzekeraar moeten worden gewisseld. De bovenbedoelde prestatiebeschrijvingen en declaratieregels leggen de uitkomsten van die beoordeling vast.

6. Informatie in transitieperiodes

Het kan zo zijn dat in een transitiefase, zoals nu op weg naar een systeem van prestatiebekostiging, de prestatiebeschrijvingen en de mate van detaillering op de declaratie vooruit lopen op de beoogde eindsituatie. Dat is thans het geval bij de dbc's, die, op grond van een systeem van budgettering, ten behoeve van de financiering van de ziekenhuiskosten in rekening worden gebracht (segment A). Er is thans op grond van die wijze van financiering op zich geen reden voor gedetailleerde informatie anders dan voor de behandeling van dbc's en de bepaling van de schadelast. Toch is er in de transitiefase op weg naar een systeem van prestatiebekostiging alle reden toe alvast met die detaillering van de informatie te starten, die ook in de eindfase zal gelden. Daarmee wordt administratief in de pas gelopen met de financiering van de kosten van het ziekenhuis die thans al worden

gedekt met een systeem van prestatiebekostiging (segment B). Dat stelt wel meer eisen aan de bescherming van persoonsgegevens.

7. Noodzakelijkheid persoonsgegevens

Zorgvuldige uitvoering

Aan zorgverzekeraars is een zorgvuldige uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw opgedragen. Daartoe behoort ook dat zij uitvoering moeten kunnen geven aan die in die wet opgenomen mogelijkheid van naturaverzekering, restitutieverzekering, eigen bijdragen, eigen risico en no-claim en aan het verrichten van fraudeonderzoek en het uitoefenen van verhaalsrecht. Essentieel is daarbij dat de zorgverzekeraar kan vaststellen dat de aan de verzekerde geleverde prestatie ten laste van de zorgverzekering kan worden gebracht.

Formele en materiële controle

Voor een zorgvuldige uitvoering moeten zorgverzekeraars zogenoemde formele en materiële controles kunnen uitoefenen met betrekking tot de door hen ontvangen declaraties van zorgaanbieders en van verzekerden. Zij kunnen die controles alleen doen als zij de beschikking of inzage hebben of kunnen hebben in hetgeen de individuele verzekerde als patiënt als zorg of een andere dienst is geleverd, wanneer deze zorg of dienst is geleverd, het daarvoor in rekening gebrachte tarief en of voldaan is aan de voorschriften, voorwaarden en beperkingen die zoals die bij of krachtens de Zvw zijn vastgesteld om de kosten van de prestatie ten laste te brengen van de zorgverzekering. Er moet dus tenminste een koppeling kunnen worden gelegd tussen de persoon, de verzekerde prestatie, de aan deze geleverde prestatie en het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief. Zonder die koppeling zijn zowel formele als materiële controle niet goed uitvoerbaar, en in het verlengde daarvan ook de restitutieverzekering, eigen risico en no-claim.

De in artikel 7.2 van deze regeling bedoelde persoonsgegevens zijn derhalve tenminste noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw. De zorgaanbieder dan wel verzekerde dient die relevante informatie aan de zorgverzekeraar te verstrekken.

Fraudeonderzoek

Fraudeonderzoek kan worden onderscheiden als zelfstandige activiteit of als een bijproduct van formele en materiële controles die in eerste aanleg ten behoeve van de andere in artikel 7.1 genoemde doelen zijn verricht. In dat artikel is het verrichten van formele en materiële controles ten behoeve van fraudeonderzoek derhalve ook als een zelfstandig doel vermeld.

Verhaal

De vermelding als zelfstandig doel waarvoor persoonsgegevens mogen worden gebruikt geldt ook voor het uitoefenen van het verhaalsrecht. Artikel 284 van het Wetboek van Koophandel bepaalt dat indien de verzekerde ter zake van door hem geleden schade vorderingen tot schadevergoeding op derden heeft, anders dan uit verzekering, die vorderingen bij wijze van subrogatie overgaan op de verzekeraar voor zover deze die schade vergoedt. Dat is ook van toepassing op de zorgverzekering en voor de zorgverzekeraars. Bij brief van 6 december 2004, kenmerk z2004-0805, heeft het CBP aangegeven dat voor het uitoefenen van het verhaalsrecht deels kan worden volstaan met de informatie die zorgverzekeraars op grond van declaraties ontvangen. Derhalve is in deze regeling opgenomen dat de reeds op grond van artikel 7.2 verkregen gegevens ook voor het uitoefenen van verhaal mogen worden gebruikt.

8. Controle, onderzoek en inzage medisch dossier

Transparantie

Voor de materiële controle en het fraudeonderzoek is het noodzakelijk dat de zorgverzekeraar inzicht heeft dan wel kan krijgen of de zorg of andere dienst die in rekening is gebracht wel de op grond van de diagnose meest aangewezen zorg is, of deze zorg wel daadwerkelijk is geleverd en of op grond van de geleverde zorg wel de juiste zorg of dienst in rekening is gebracht. In het hierna in paragraaf 10. te beschrijven addendum dat onderdeel uitmaakt van de gedragscode zijn met betrekking tot die controle en dat onderzoek voorschriften opgenomen (zie het ook in die paragraaf genoemde protocol materiële controle). De onderhavige regeling verplicht de zorgverzekeraars deze in acht te nemen (artikel 7.4, eerste lid). De regeling verplicht zorgaanbieders daartoe eveneens hun medewerking te verlenen (artikel 7.4, tweede lid).

Zelfcontrole en zelfbeschikking

Niet in alle gevallen is er de noodzaak om de materiële controle en fraudeonderzoek uit te strekken tot de relevante gegevens uit de individuele medische dossiers. Bedoelde noodzaak zal minder zijn indien door zorgaanbieders zodanige objectieveerbare, controleerbare en toetsbare waarborgen zijn geschapen die er voor zorgen dat de vorenaangeduide relatie waarvan de prestatiebeschrijving de kern is zo goed mogelijk wordt bewaakt. Voor een deel van de materiële controle kan de zorgverzekeraar zich verlaten op de AO/IC verklaring van het ziekenhuis. Die verklaring bevestigt dat de administratieve organisatie en interne controle van dat ziekenhuis voldoet aan de daartoe opgestelde en op grond van

artikel 2a, derde lid, WTG door het CTG vastgestelde regels. Het is niet ondenkbaar dat ook voor andere categorieën van zorgaanbieders of prestaties een dergelijke interne waarborg de noodzaak tot inzage in het medische dossier van de verzekerde of patiënt kan beperken. De hierna in paragraaf 10 ten vermelde gedragscode beschrijft in het protocol materiële controle de waarborgen, opzet, uitvoering en welke stappen er moeten zijn doorlopen voor het inzien van het medisch dossier noodzakelijk is. Op deze wijze is de proportionaliteit en subsidiariteit gewaarborgd. En zullen zorgaanbieders niet overbelast worden door materiële controles.

Bewaarpplaats medisch dossier

Ook zeer belangrijk is het uitgangspunt bij de bescherming van persoonsgegevens dat het medische dossier blijft berusten bij de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft dus niet de beschikking over medische dossiers van zijn verzekerden. Een belangrijke aanvullende maatregel is dat slechts door de zorgverzekeraar geautoriseerde personen toegang kunnen krijgen tot de gegevens die noodzakelijk zijn voor de materiële controle. Dat is ook bij de gedragscode vastgelegd (zie hierna). Op deze wijze wordt voorkomen dat zorgverzekeraars zonder meer en naar willekeur toegang hebben tot alle medische gegevens om materiële controle uit te voeren.

9. Samenloop gegevens en noodzaak met WTG en WMG

Er zij opgemerkt dat op grond van de WTG de zorgverzekeraars ook over dezelfde noodzakelijke persoonsgegevens dienen te beschikken. Artikel 2 van de WTG stelt, ter voorkoming van zorgfraude, strafbaar dat zorgaanbieders onjuiste prestaties of tarieven in rekening brengen en zorgverzekeraars dergelijk onjuiste prestatiebeschrijvingen of tarieven aan de zorgaanbieder betalen of aan de verzekerde vergoeden. Daarnaast moeten op grond van artikel 2a van de WTG zorgaanbieders en zorgverzekeraars een administratie voeren waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken, alsmede wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt respectievelijk welke verzekerde die prestaties zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden. De WMG kent dezelfde verbods- en administratiebepalingen. De WMG verplicht tot het treffen van een ministeriële regeling met betrekking tot verwerking van persoonsgegevens.

10. Gedragscode

Zorgvuldige verwerking

Behalve een duidelijke regeling over de te verstrekken persoonsgegevens, wordt ook groot belang gehecht aan een zorgvuldige omgang met de door een gerechtigde ontvangen gegevens. De door ZN ontwikkelde gedragscode geeft in dit kader regels. Daarnaast wordt in de regeling verwezen en bovendien wordt een verplichting tot naleving opgelegd. Op basis van de Zvw en de WBP zijn zorgverzekeraars gehouden tot de bouw van de zogenaamde Chinese muren. Dat wil zeggen dat zodanige technische en organisatorische maatregelen bij zorgverzekeraars worden getroffen dat is gewaarborgd dat onbevoegden zonder toestemming van de verzekerde geen kennis kunnen nemen van persoonsgegevens en dat die gegevens niet voor een ander doel dan de uitvoering van de betreffende verzekering of de wet kunnen worden gebruikt. Deze gedragscode is uitgewerkt en vormgegeven als een addendum op de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van de Nederlandse Vereniging van Banken en het Verbond van Verzekeraars. In aanvulling op de genoemde gedragscode bevat dit addendum specifieke gedragsregels voor zorgverzekeraars, zoals het protocol dat gehanteerd moet worden bij materiële controle.

Uniforme regel

Het hanteren van die gedragscode en addendum wordt in deze regeling voor alle zorgverzekeraars voorgeschreven. Daarmee is over de verhouding tussen de regeling, de gedragscode en het addendum met inbegrip van het protocol materiële controle, op de door het CBP voorgestane wijze duidelijkheid gecreëerd. Het CBP zal het addendum en het protocol beoordelen ten einde een verklaring als bedoeld in artikel 25 van de WBP af te kunnen geven dat het addendum, gelet op de bijzondere kenmerken van de sector, een juiste uitwerking is van de WBP. Gezien de voorbereiding is de verwachting gerechtvaardigd dat het CBP zijn goedkeuring op grond van artikel 25 van de WBP hecht aan het addendum en het protocol materiële controle. Voor wijzigingen of verlengingen van de gedragscode, addendum en protocol moet weer een beoordeling van het CBP volgen.

Bescherming

Het addendum heeft betrekking op de verstrekking van persoonsgegevens aan zorgverzekeraars en op de zorgvuldige verwerking en beveiliging van de persoonsgegevens waarover de zorgverzekeraars de beschikking krijgen. Het protocol heeft betrekking op het vragen en verstrekken van aanvullende informatie over verzekerden door de zorgaan-

bieder aan zorgverzekeraars. De regeling, het addendum en het protocol, zijn nauw met elkaar verbonden. Voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde is immers van belang dat derden alleen kunnen beschikken over persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van hun taak. Die bescherming wordt zowel gerealiseerd door een grens te stellen aan de te verstrekken gegevens (de regeling), als door een complementaire voorziening (gedragscode, addendum en protocol) die bewerkstelligt dat eenmaal bevoegd ontvangen gegevens niet terecht kunnen komen bij personen of instellingen die niet gerechtigd zijn tot verwerking van die gegevens. Bovendien bevat het addendum op onderdelen een nadere en specifieke uitwerking van elementen van de regeling. Deze koppeling tussen regeling, addendum en protocol brengt met zich dat het overleg met de betrokken partijen zodanig is georganiseerd, dat er ruimte is om alle elementen in hun onderlinge samenhang te bezien.

Draagvlak

Over de inhoud van het addendum is overlegd tussen ZN, het CBP, de KNMG, de NPCF en het ministerie. Gezien het belang van (het draagvlak voor) het addendum en het protocol luidt de precieze vormgeving ervan nauw. Om die reden is het overleg zodanig ingericht dat de inbreng van de genoemde partijen op zorgvuldige wijze tot zijn recht kon komen. Dit heeft geleid tot consensus over het addendum.

11. Onafhankelijk toezicht bescherming persoonsgegevens Zvw

De formele en materiële controles en het fraudeonderzoek dienen met de juiste waarborgen te zijn omgeven. Die waarborgen komen in deze regeling samen. Ze bestaan uit de waarborgen neergelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens, specifiek voor wat betreft het verwerken van persoonsgegevens, uit de eisen die aan de administratie van zorgverzekeraars worden gesteld en uit hetgeen is bepaald in de van een verklaring op grond van artikel 25 van de WBP voorziene gedragscode. Het toezicht dat het CBP op grond van artikel 51 van de WBP uitoefent op het verwerken van persoonsgegevens blijft onverkort bestaan.

Het CTZ is volgens artikel 77 Zvw belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld. Voorts is het CTZ volgens dat artikel belast met het toezicht op de afrekening van de bijdragen, bedoeld in artikel 32 tot en met 34 van de Zvw, nadat een verzekeraar opgehouden is zorgverzekeringen uit te voeren.

Door in deze regeling die gedragscode verplicht te stellen wordt bewerkstelligd dat het toezicht van het CTZ zich uitstrekt tot de gedragscode voor zo ver dat past binnen de toezichttaken die aan het CTZ in artikel 77 zijn opgedragen. Het opleggen in deze regeling van die code voor alle zorgverzekeraars zorgt ervoor dat ook eventuele niet leden van de brancheorganisatie daaraan gebonden zijn, waarmee voor nieuwe toetreders tot de zorgverzekeringsmarkt een gelijk speelveld wordt gecreëerd. Het CTZ vult het toezicht op de regeling en addendum in binnen de toezichttaken die hem bij wet zijn opgedragen.

Het CTZ en zijn beoogde rechtsopvolger, de NZa, kunnen (voortuitlopend op de WMG) met het CBP afspraken maken over de invulling van ieders toezichttaak. Al die waarborgen en het onafhankelijke toezicht moeten die formele en materiële controles en fraudeonderzoek mogelijk maken en misbruik van persoonsgegevens voor andere doeleinden voorkomen.

12. Administratieve lasten

Algemeen

Deze regeling is op 11 november 2005 ter advisering aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal) voorgelegd. Op 8 december 2005 heeft Actal zijn advies (nr. RL/JW/2005/343) aan mij uitgebracht.

In het advies wordt het volgende overwogen:

- het is dringend aan te bevelen een actueel totaalbeeld te presenteren in april 2006, waarin Actal met name aandacht vraagt voor de administratieve lastendruk voor burgers, met specifieke aandacht voor de verschillende doelgroepen, en om inzicht te geven in de informatieverplichtingen waaraan zorgverzekeraars en zorgverleners moeten voldoen;
- Actal mist een kwantitatieve benadering van alternatieven en de overwegingen waarom niet is gekozen voor de minst belastende optie, waardoor een heldere afweging tussen het gewenste beschermingsniveau van privacygevoelige gegevens en de daarmee samenhangende administratieve lasten onmogelijk is;
- er wordt geen inzicht gegeven in administratieve lasten van de informatie-uitwisseling en het gebruik van het softnummer;
- er worden geen consequenties geschetst van de gemaakte keuzes;
- Actal vraagt aandacht voor zelfregulering en vraagt waarom er niet voor is gekozen om het gebruik van het softnummer door de zorgverzekeraar breed toe te staan met inachtneming van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen;
- Actal is voorstander van advies- en consultatierondes en verzoekt inzicht te

geven op welke wijze bij de uitwerking van de Zvw input van het bedrijfsleven is meegenomen en wat dat betekend heeft voor de administratieve lasten.

Actal heeft gezien zijn opmerkingen geadviseerd de Regeling niet vast te stellen.

Bij de uitwerking van de Regeling met betrekking tot de gegevensuitwisseling en het gebruik van het softnummer (met name) voor de uitwerking van de hoofdstukken 2 en 7 is de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) van groot belang. Daarom is over de uitwerking intensief overleg gevoerd met het College Bescherming Persoonsgegevens. Wat betreft hoofdstuk 2 is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) uitvoerig bij de totstandkoming betrokken geweest, daarnaast hebben bij hoofdstuk 7, naast ZN, ook de KNMG en de NPCF een belangrijke rol gespeeld. De wijze waarop gegevensuitwisseling tot stand kan worden gebracht en de voorwaarden waaronder dit gebeurt, alsmede het gebruik van het softnummer zoals dat thans in de Regeling is neergelegd, is een uitloei van het geregelde in de Wbp, de Zvw, en van dit overleg.

Op grond van het privacyrecht is de marge om op grond van doelmatigheids-overwegingen een inbreuk op de privacy te maken beperkt en is er geen ruimte voor een nadere afweging over het gewenste niveau van privacybescherming ter zake. Alternatieve opties die minder belastend zijn verhouden zich niet goed met de eisen die de Wet bescherming persoonsgegevens stelt.

Gelet op de Wbp en de Zvw is het gebruik van het softnummer ten behoeve van de aanvullende verzekering evenmin mogelijk. Zoals uit het voorgaande blijkt is bij de uitwerking van de regeling rekening gehouden met de input vanuit het bedrijfsleven.

Hoofdstuk 2 (prestaties)

Met betrekking tot de bepalingen over de prestaties en de eigen bijdrage in paragraaf 1 van hoofdstuk 2 zijn de gevolgen voor de administratieve lasten afdoende beschreven in de nota van toelichting bij het Besluit zorgverzekering. De bepalingen in de paragrafen 2 en 3 van hoofdstuk 2, die betrekking hebben op het geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs), komen overeen met de bepalingen in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering over dit onderwerp. Deze leiden dus niet tot nieuwe administratieve lasten.

Hoofdstuk 3 (verevening)

Het risicovereveningssysteem in de Zvw is vergelijkbaar met het verdeelmodel voor de verstrekkingenbudgettering in de Ziekenfondswet (Zfw). De ervaringen die zijn opgedaan in meer dan tien jaar budgettering in de ziekenfondsverzekering hebben aangetoond dat het

ontwikkelde verdeelmodel in staat is om min of meer gelijke verzekeringsrisico's te bewerkstelligen. In hoofdstuk 3, artikelen 3.1 tot en met 3.14, van deze regeling is de precieze vormgeving van het risicovereveningssysteem 2006 beschreven.

Gegevensstromen Ziekenfondswet

In de Zfw is voorgeschreven dat ziekenfondsen informatie verstrekken over hun verzekerden aan het CVZ. CVZ kende op basis van deze gegevens een vereveningsbijdrage toe aan ziekenfondsen. Dit gebeurde voorafgaande aan het uitkeringsjaar. Vervolgens leverden zorgverzekeraars opnieuw gegevens na afloop van het uitkeringsjaar voor de herberekening en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. De informatieverplichting was vastgelegd in de regeling waarin de verstrekkingsbudgettering Zfw werd geregeld en in beleidsregels van het CVZ.

De informatiebehoefte van het CVZ voorafgaande aan het uitkeringsjaar betrof gegevens over het aantal verzekerden, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, regio en verzekeringsgrond en gegevens over het farmaciegebruik en ziekenhuisverpleging op verzekerdeniveau.

De informatiebehoefte van het CVZ na het uitkeringsjaar betrof gegevens over het werkelijke aantal verzekerden, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, regio en verzekeringsgrond, over de werkelijke uitgaven van ziekenfondsen, uitgesplitst naar vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten overige verstrekkings en gegevens over het farmaciegebruik en ziekenhuisverpleging op verzekerdeniveau.

Onder de Zfw verzochten ziekenfondsen aan de Uitvoeringsorganisatie Werknemersverzekeringen (UWV) om informatie over de arbeidsverhouding van de verzekerden op grond waarvan zij ziekenfondsverzekerde zijn. Deze verplichting was opgenomen in artikel 4a, derde lid, van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering.

Gegevensstromen Zorgverzekeringswet

Onder de Zvw blijft de informatieverplichting nagenoeg gelijk (er van uitgaande dat verzekeraars diagnose behandeling combinaties (dbc's) op het laagste aggregatieniveau ontvangen van zorgaanbieders). De gegevensstromen op grond van artikel 35 van de Zvw zijn weergegeven in hoofdstuk 3 (artikel 3.15) van deze regeling. Alleen worden de aantallen verzekerden naar verzekeringsgrond in de Zvw niet meer opgevraagd bij de zorgverzekeraars, maar rechtstreeks door CVZ bij de UWV. Onder Zvw is de arbeidsverhouding voor de verzekering niet meer van belang. Iedereen is verzekerde volgens de Zvw. Dit betekent dat de informatiestroom op basis van bovengenoemd

artikel van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering tussen zorgverzekeraar en de UWV komt te vervallen. Dit leidt tot een vermindering van de administratieve lasten van € 4,1 miljoen.

Verbreding verzekerdenpopulatie

Vanaf 2006 heeft de risicoverevening betrekking op de gehele Nederlandse bevolking. Dit betekent dat de informatiebepalingen in deze regeling niet alleen betrekking hebben op de voormalige ziekenfondsen en ziekenfondsverzekerden, maar ook op voormalig publiekrechtelijke en particuliere verzekeraars en verzekerden. Met deze uitbreiding van het aantal verzekerden en verzekeraars is bij de bepaling van de administratieve lasten van de Zvw reeds rekening gehouden. De bepalingen in de ministeriële regeling zijn verder slechts een nadere uitwerking van de Zvw en het Besluit zorgverzekeringswet en brengen geen verandering aan in de administratieve lasten voor het bedrijfsleven, behoudens bovenstaande vermindering van de administratieve lasten van € 4,1 miljoen voor bedrijven.

Artikel 3.18 (uitvoeringsverslag)

Ten algemene is sprake van een beperking van de administratieve last omdat vanaf 2006 geen toezicht op de rechtmatige besteding van de verkregen middelen meer plaatsvindt. Bovendien neemt door de beperking van het aantal verplicht in het uitvoeringsverslag op nemen onderwerpen voor de voormalig ziekenfondsen de administratieve lastendruk formeel af. Tegenover deze afname staat een toename. Deze toename betreft de voorheen particuliere ziektekostenverzekeraars, die nu geen uitvoeringsverslag kennen. Zij zullen zich in de uitwerking van deze wettelijke verplichting naar verwachting beperken tot een verslag waarin uitsluitend de wettelijk voorgeschreven onderwerpen aan de orde komen. De ontwikkeling van de administratieve lasten voor dit onderdeel is derhalve budgettair neutraal.

Hoofdstuk 7

Artikel 87 Zvw maakt het mogelijk dat (gezondheids-) persoonsgegevens van verzekerde patiënten bij de declaratieafhandeling door zorgaanbieders en zorgverzekerden aan zorgverzekeraars worden verstrekt. De regeling werkt verder uit welke gegevens dat zijn. Hierdoor ontstaat er een wettelijke basis binnen de bestaande privacyregels voor het gebruik van die gegevens.

Artikel 87 verplicht niet tot het declareren. Artikel 87 verplicht alleen tot het verstrekken van bepaalde gegevens als de zorgaanbieder of de zorgverzekerde bij de zorgverzekeraar declareert.

De gegevens die moeten worden verstrekt zijn dezelfde die thans in het kader van afspraken op grond van de Ziekenfondswet of bepalingen op grond

van de WTG ook bij het declareren moeten worden verstrekt. Daar komt (op den duur) ook het burgerservicenummer bij. De privacyregels zijn ook nu al van toepassing. Het artikel zelf noch de regeling leidt tot meer of ingewikkelder nota's of meer of ingewikkelder materiële controle dan thans. De administratieve lasten blijven door de invoering van artikel 87 gelijk, omdat er ten opzichte van de oude situatie (Zfw) niets verandert.

Artikelsgewijs

Hoofdstuk 7 strekt ertoe aan te geven welke persoonsgegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars of verzekerden kosteloos dienen te worden verstrekt ten behoeve van in dit hoofdstuk aangegeven doelen die verband houden met de uitvoering door zorgverzekeraars van de zorgverzekeringswet of van de Zvw. Die doelen betreffen het uitvoeren van de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder, de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie, de vaststelling van de eigen bijdrage van de verzekerde, de vaststelling van het eigen risico van een verzekerde, de vaststelling van de no-claim van een verzekerde en het verrichten van fraudeonderzoek. De gegevens mogen ook worden gebruikt voor het uitoefenen van het verhaalsrecht.

Artikel 1, onderdelen v tot en met cc

Dit artikel bevat definities die speciaal worden vastgelegd ten behoeve van hoofdstuk 7 van de regeling dat een uitwerking bevat van de verwerking van persoonsgegevens op grond van artikel 87 van de Zvw.

Prestatie

In dit artikel wordt in onderdeel v. prestatie gedefinieerd als een prestatie als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zvw. Met de woorden 'als omschreven' wordt uitgedrukt dat het hier om zorg of diensten gaat die wordt omschreven in de Zvw, in het Besluit Zorgverzekeringswet of in de onderhavige regeling, ongeacht of de kosten daarvan ten laste komen van de zorgverzekeringswet of van de verzekerde. Het begrip prestatie richt zich uitdrukkelijk op de zorg of diensten en niet op de voorschriften, voorwaarden of beperkingen die in de regels van de Zorgverzekeringswet zijn gesteld met betrekking tot de vraag of de kosten ten laste van de Zorgverzekeringswet kunnen worden gebracht. Aldus wordt aangesloten bij de systematiek en werkingssfeer van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Prestatiebeschrijving

Onderdeel w. geeft een definitie gegeven van het begrip prestatiebeschrijving. Die definitie verwijst in eerste instantie

naar de WTG op grond waarvan in het algemeen voor prestatiebeschrijvingen worden vastgelegd. Het begrip prestatiebeschrijving is als zodanig niet in de WTG gedefinieerd, maar het begrip krijgt vorm in en door verschillende artikelen. De algemene toelichting bij hoofdstuk 7 van onderhavige regeling beschrijft de totstandkoming van prestatiebeschrijvingen en verwijst naar relevante vindplaatsen in de parlementaire geschiedenis van de WTG ExPres.

Niet alle prestaties vallen thans onder de WTG. Zo zijn bijvoorbeeld prestaties van leveranciers van hulpmiddelen, bloed en bloedproducten, en drogisterijartikelen van de WTG uitgezonderd. Dat geldt ook voor prestaties waarvan de kosten ten laste komen van een subsidieregeling op grond van de AWBZ en de Zvw. Daarom verwijst de definitie prestatiebeschrijving ook naar de overeenkomst tussen verzekerde en zorgaanbieder. Een dergelijke overeenkomst is niet altijd een geneeskundige behandelingsovereenkomst in de zin van artikel 7:446 van het Burgerlijk wetboek. Waar die wel van toepassing is biedt die bijzondere overeenkomst ook regels ten behoeve van de verwerking van persoonsgegevens. Daarmee is in deze regeling rekening gehouden.

Declaratievoorschriften

De WTG bepaalt dat het tarief en de daarbij behorende prestatiebeschrijving bij het in rekening brengen moeten worden vermeld. De WTG bepaalt voorts dat het CTG nadere regels stelt met betrekking tot hetgeen bij de declaratie moet worden vermeld. Dat kan van categorie van zorgaanbieders tot categorie van prestaties verschillen. Er kunnen daardoor meerdere afzonderlijke en specifieke regels zijn. Onderdeel x. verwijst daar in de definitiebepaling naar.

Formele controle

De definitie van formele controle in onderdeel y. bevat de te realiseren uitkomsten van die controle. De gegevens die voor die formele controle beschikbaar worden gesteld door zorgaanbieder of zorgverzekerde moeten daartoe toereikend zijn.

Materiële controle

De regeling bevat een korte definitie van het begrip materiële controle. Bij het addendum bij de gedragscode als bedoeld in onderdeel cc. is een protocol Materiële controle opgenomen dat handen en voeten geeft aan de wijze van invulling van die controle (onderdeel z.)

Fraudeonderzoek

De gehanteerde definitie beschrijft het doel waarvoor fraudeonderzoek wordt gedaan. Het onderzoek kan zich zowel op de verzekerde als op de zorgaanbieder richten. Fraudeonderzoek wordt

gedaan op grond van tevoren vastgestelde risicoprofielen van verzekeren, zorgaanbieders of prestaties. Dat risicoprofiel wordt mede gebaseerd op signalen die voortkomen uit individuele klachten, bevindingen bij formele en materiële controles en wetenschappelijke methoden en thematische onderzoeken (onderdeel aa.)

Verhaalsrecht

Een verzekeraar krijgt van rechtswege het recht om verhaal te halen bij degene die de oorzaak is van schade waarvan de verzekeraar op grond van de gesloten verzekeringsovereenkomst gehouden is de kosten te vergoeden. Dat is geregeld in artikel 284 van het Wetboek van Koophandel. Ten tijde van de totstandkoming van onderhavige regeling is een voorstel van wet bij de Eerste Kamer der Staten-Generaal aangehangig dat voorziet in de opneming van een titel voor de bijzondere overeenkomst met betrekking tot verzekering in het Burgerlijk Wetboek (Kamerstukken II, 19529). Zodra dat voorstel tot wet is verheven en inwerking treedt is het verhaalsrecht gebaseerd op artikel 7.17.2.25 BW (onderdeel bb.)

Gedragscode

In het onderdeel cc. wordt onder het definitiebegrip gedragscode verstaan alle samenhangende regels die door middel van zelfregulering zijn ontstaan in de financiële sector ten behoeve van bescherming van persoonsgegevens bij banken en verzekeraars. Naar aanleiding van de invoering van de zorgverzekering heeft de branchevereniging van de zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, in aanvulling op hetgeen is bepaald in de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen een Addendum opgesteld. Die Gedragscode is opgesteld door het Verbond van Verzekeraars en de Nederlandse Vereniging van Banken. Van dat addendum maakt het hiervoor genoemde protocol materiële controle onderdeel uit. De definitie 'gedragscode' is niet compleet zonder dat het College bescherming persoonsgegevens (CBP) een verklaring heeft afgegeven als bedoeld in artikel 25 van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Dat is al gebeurd voor de eerstgenoemde gedragscode. Ook voor het addendum en het protocol is de verklaring vereist. De verklaring wordt eerst afgegeven als de in het addendum en het protocol opgenomen regels, gelet op de bijzondere kenmerken van de sector van de samenleving waarin de zorgverzekeraars werken, een juiste uitwerking vormen van de WBP of van andere wettelijke bepalingen betreffende de verwerking van persoonsgegevens. Naar verwachting zal het CBP in december 2005 op aanvraag van ZN het ontwerpbesluit tot goedkeuring van het adden-

dum kunnen nemen, gevolgd door het definitieve goedkeuringsbesluit na het doorlopen van de openbare voorbereidingsprocedure in afdeling 3.4 van de Algemene wet bestuursrecht. Dan is ook aan de unaniem aangenomen motie van het lid Heemskerk betreffende een adequate privacyregeling die de goedkeuring heeft van het CBP voldaan (Kamerstukken II 2005/06, 29 689, nr. 23).

Artikel 7.1

Aan zorgverzekeraars is een zorgvuldige uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw opgedragen. Daartoe behoort ook dat zij uitvoering moeten kunnen geven aan die in die wet opgenomen mogelijkheid van naturaverzekering, restitutieverzekering, eigen bijdragen, eigen risico en no-claim en aan het verrichten van fraudeonderzoek en het uitoefenen van verhaalsrecht. Dit artikel bevat de doeleinden waarvoor gegevens en persoonsgegevens als bedoeld in artikel 7.2 mogen worden gebruikt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar doeleinden waarbij formele en materiële controles worden verricht en naar doeleinden waarbij moet worden volstaan met de informatie die komt uit de beschikbare gegevens.

Fraudeonderzoek kan zowel als zelfstandige activiteit worden onderscheiden of als een bijproduct van formele en materiële controles die zijn verricht ten behoeve van de andere in artikel 7.1 genoemde doelen. In dat artikel is het verrichten van fraudeonderzoek daarom ook als een zelfstandig doel vermeld. De vermelding als zelfstandig doel waarvoor persoonsgegevens mogen worden gebruikt geldt ook voor het uitoefenen van het verhaalsrecht. Bij brief van 6 december 2004, kenmerk z2004-0805, heeft het CBP aangegeven dat voor het uitoefenen van het verhaalsrecht deels kan worden volstaan met de informatie die zorgverzekeraars op grond van declaraties ontvangen. Daarom is in deze regeling opgenomen dat de reeds op grond van artikel 7.2 verkregen gegevens ook voor het uitoefenen van verhaal mogen worden gebruikt.

Artikel 7.2

Dit artikel bevat de gegevens waarover de zorgverzekeraar noodzakelijkerwijs dient te beschikken voor de doeleinden bedoeld in artikel 7.1, tweede en derde lid. De meeste gegevens worden vermeld op de declaratie. De in de opsomming in de onderdelen a. en b. genoemde persoonsgegevens spreken voor zich. De in onderdeel c. vermelde prestatiebeschrijvingen en de in onderdeel f. bedoelde declaratieregeling zijn afzonderlijk in deze artikelsgewijze toelichting beschreven. Het in rekening te brengen tarief zal net als bij de prestatiebeschrijving veelal voldoen aan hetgeen het CTG op grond van de WTG inzake

dat tarief heeft vastgesteld of goedgekeurd. Dat de zorgverzekeraar gegevens nodig heeft die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van de desbetreffende verzekerde en ten laste gebracht kunnen worden van de zorgverzekering spreekt voor zich. Deze blijken behoudens uitzondering in het algemeen uit de declaratie. De formele controle van verzekeraars is mede op het vaststellen van die gerechtigdheid gericht.

Artikel 7.3

Dit artikel geeft aan wanneer de zorgaanbieder de gegevens dient te verstrekken aan de zorgverzekeraar dan wel aan de zorgverzekerde.

Artikel 7.4

In het eerste lid wordt aan de zorgverzekeraars de verplichting opgelegd de materiële controle en het fraudeonder-

zoek te verrichten op de wijze als is vastgelegd in de gedragscode. Het protocol materiële controle respectievelijk het addendum bevatten daartoe nadere regels.

Wellicht ten overvloede en ter voorkoming van discussies over hoever de verplichting tot het verstrekken van gegevens op grond van 87 ZVW reikt is in het tweede lid vastgelegd dat onder de verstrekking door zorgaanbieders ook valt de medewerking aan de materiële controle en fraudeonderzoek.

Artikel 7.5

Dit artikel legt enerzijds aan alle zorgverzekeraars de verplichting op de aan hen ter beschikking gestelde persoonsgegevens te verwerken in overeenstemming met de voorschriften van de WBP en de gedragscode. Daarmee wordt de

gedragscode in de regels van de Zvw geïncorporeerd. Dat heeft tot gevolg dat het toezicht door het CTZ zich ook tot die gedragscode uitstrekt, voor zover dat past binnen de toezichttaken die aan het CTZ in artikel 77 Zvw zijn opgedragen. Het laat het toezicht dat het CBP heeft op grond van artikel 51 van de WBP onverlet.

Voorts beperkt het artikel zich tot de persoonsgegevens vermeld in artikel 7.2.

Het strekt zich niet uit tot de andere gegevens die los van persoonskenmerken ten algemenen nutte voor de uitvoering van zorgverzekering en Zvw mogen worden gebruikt, zoals zorgbemiddeling.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
J.F. Hoogervorst.*