



Nederlandse
Zorgautoriteit

[REDACTED]
De heer [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht

Postbus 3017
3502 GA Utrecht

T 030 296 81 11

F 030 296 82 96

E info@nza.nl

I www.nza.nl

Uw brief van

Uw kenmerk

Behandeld door
mr. R.N. van Donk

Telefoonnummer
030-296 81 85

E-mailadres
jur@nza.nl

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Onderwerp
Bezwaarschriften tariefbeschikkingen psychiatrie 2008
Dossiernummer: NZA 802
beslissing op bezwaar

Datum
8 april 2011

BESLISSING OP BEZWAAR

Geachte heer [REDACTED],

Diverse personen en organisaties hebben tijdig bezwaar gemaakt tegen de tariefbeschikking van 20 december 2007, waarbij is besloten dat psychiaters, psychotherapeuten en psychiatrische instellingen (hierna gezamenlijk aangeduid als: 'psychiaters') met ingang van 1 januari 2008 hun behandelingen enkel op grond van de - destijds geldende - Beleidsregel Productstructuur DBC GGZ CA-184 in rekening kunnen brengen.

De NZa heeft de bezwaren bij besluit van 7 augustus 2008¹ ongegrond verklaard. Tegen dit besluit hebben de in bijlage 1 opgenomen personen en organisaties beroep ingesteld bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (Cbb).

Het beroep bestaat uit twee onderdelen:

1. de DBC-productstructuur en de maximumtarieven vrijgevestigde psychiaters en
2. de verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden en te verstrekken aan zorgverzekeraars.

Het Cbb heeft het beroep op 2 augustus 2010² op beide onderdelen gegrond verklaard en de NZa opgedragen een nieuwe beslissing op bezwaar te nemen met inachtneming van de uitspraak in beroep.

¹ Kenmerk JROE/ascn/bbb/08/b585.

² Cbb 2 augustus 2010, LJN: BN3056.

Tevens heeft het CBb ten aanzien van het onder 2. genoemde onderdeel de voorlopige voorziening getroffen dat vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten tot zes weken na de nieuwe beslissing op bezwaar geen diagnose-informatie op de declaraties hoeven te vermelden.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
2 van 23

Belanghebbenden zijn op 19 januari 2011 opnieuw gehoord, van welke hoorzitting een verslag is gemaakt ([bijlage 2](#)).

In zijn vergadering van 5 april 2011 heeft de NZa het hierboven vermelde besluit in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten tot ongegrondverklaring van de bezwaren.

Hieronder volgt de motivering van het besluit van de NZa.

VOORGESCHIEDENIS

Tariefbeschikking

Bij de tariefbeschikking van 20 december 2007 heeft de NZa op grond van de artikelen 35 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) besloten dat met ingang van 1 januari 2008 bepaalde zorgaanbieders (maximaal) de bedragen vermeld achter de bijbehorende productgroep voor behandeling en voor verblijf in rekening mogen brengen. Deze zorgaanbieders zijn nader omschreven in de Beleidsregel CA-222 'Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg'. De productgroepen zijn vastgesteld in de bijlage bij de Beleidsregel CA-184 'Productstructuur DBC GGZ'. De Beleidsregel CA-222 bepaalt voorts dat zorgaanbieders een afgesloten DBC declareren op basis van de productstructuur.

Algemeen

In november 2001 is in bestuurlijk overleg tussen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS), de Orde van Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland en andere brancheorganisaties besloten tot invoering van een bekostigings-systeem op basis van diagnosebehandelcombinaties (hierna: DBC's) in de sector curatieve geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ). Een DBC geeft het geheel van activiteiten en verrichtingen van de (medisch) specialist en de instelling weer, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert. De prestaties van zorgaanbieders worden beschreven als DBC's en voorzien van een bijbehorend tarief. Het doel was om door middel van een uniforme beschrijving van productgroepen in de GGZ een goede marktwerking en in het bijzonder een omslag van aanbod-naar vraagsturing te bevorderen.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
3 van 23

In deze systematiek is bepalend welke zorgprestatie wordt geleverd en niet door wie deze prestatie wordt verleend. Het tarief is derhalve gekoppeld aan de zorgprestatie - de betreffende DBC - en niet aan de aanbieder van die prestatie. Met de invoering van de DBC-systematiek is beoogd een impuls te geven aan de zorgkwaliteit. Door de DBC-zorgproducten te koppelen aan kwaliteitsindicatoren³ kunnen de vergoedingen die zorgaanbieders en verzekeraars voor die DBC-zorgproducten afspreken, afhankelijk worden gemaakt van de zorgkwaliteit die wordt geleverd. Zorgaanbieders en verzekeraars krijgen hiermee instrumenten in handen om de zorg naar een kwalitatief hoger niveau te tillen. Patiënten krijgen de mogelijkheid om weloverwogen zorgkeuzen te maken, gebaseerd op adequate, transparante, toegankelijke en tijdige informatie over onder meer de inhoud en de kwaliteit van de zorg. Ook op macroniveau leidt de DBC-systematiek tot een nader inzicht in de prestaties in de GGZ. Met behulp van DBC's kunnen volume-, prijs- en kwaliteitsontwikkelingen nader in beeld worden gebracht

De ontwikkeling van het DBC-model vond plaats in drie fasen en is van het begin af aan een gezamenlijk project geweest. Er is een stuurgroep ingesteld waarin de brancheorganisaties van de instellingen (GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ)), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS waren vertegenwoordigd. Vanuit deze stuurgroep werd de regie over het ontwikkeltraject en de Projectorganisatie DBC GGZ gevoerd. In 2003 is de Landelijke Werkgroep DBC-ontwikkeling GGZ in het leven geroepen, die verantwoordelijk was voor de uitvoering van het project DBC GGZ. Deze werkgroep bestond uit 24 vertegenwoordigers uit de GGZ-sector, onder wie 12 psychiaters en een aantal psychologen en psychotherapeuten. Op 16 juli 2003 heeft de Landelijke Werkgroep een gezamenlijk plan van aanpak gepresenteerd. In januari 2004 heeft de Werkgroep de hoofdlijnen van het DBC-model, het kostprijsmodel en de DBC-spelregels vastgesteld. Dit model is getest door zogenoemde koplopergroepen, bestaande uit twaalf GGZ-instellingen en twee groepen van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. Op 9 december 2005 heeft de Projectorganisatie DBC-GGZ de eerste versie van de productstructuur gepresenteerd. Onder productstructuur wordt verstaan: de landelijke indeling van DBC's in productgroepen.

Ten behoeve van de ontwikkeling van de kostprijzen DBC GGZ heeft de projectorganisatie DBC-GGZ de werkgroep Kostprijsmodel ingesteld, samengesteld uit vertegenwoordigers van de GGZ-sector, met de opdracht een werkbaar kostprijsmodel te ontwikkelen waarmee zorgaanbieders in de GGZ kostprijzen van DBC's kunnen berekenen.

³ Ontwikkeld binnen het programma Zichtbare Zorg

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
4 van 23

De wijze waarop de kostprijsberekening is ontwikkeld is neergelegd in het document Kostprijsmodel DBC GGZ van 21 juni 2006. De gemiddelde kostprijs per DBC is berekend door de kostprijzen van de bij de DBC behorende verrichtingen bij elkaar op te tellen. Voor de vrijgevestigde psychiaters is een vereenvoudigd kostprijsmodel gehanteerd, dat bestaat uit drie componenten:

- kosten in verband met onderhouden vakkennis
- kosten in verband met uitoefenen vak
- basistarief

Het basistarief is berekend aan de hand van de mediaan over de desbetreffende groep bij de instelling.

In juli 2006 heeft de Projectorganisatie de Productstructuur DBC GGZ gepresenteerd.

Bij circulaire van 16 november 2006⁴ heeft de NZa aan de sector bekend gemaakt dat de Beleidsregel CA-121 'Productstructuur DBC GGZ' is vastgesteld. In verband met de gefaseerde invoering van DBC's in de GGZ-sector is nog geen tariefbeschikking afgegeven. Het jaar 2007 is aangemerkt als overgangsjaar.

In verband met het houden van toezicht, controle en de daarbij behorende privacyaspecten heeft de minister van VWS het College Bescherming Persoongegevens (CBP) advies gevraagd. Op 6 december 2006 heeft het CBP de minister positief geadviseerd over het vermelden van diagnose-informatie op de declaratie betreffende 14 hoofdgroepen in de langambulante zorg. Het CBP heeft geconcludeerd dat het vermelden van diagnose-informatie op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraars noodzakelijk moet worden geacht binnen het nieuwe zorgstelsel.

Met de circulaire van 18 december 2006⁵ heeft de NZa de zorgaanbieders nader geïnformeerd over de invoering van DBC's in de GGZ. Gelijktijdig heeft de NZa de Beleidsregel CA-154 'Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg' gepubliceerd, waarin is vastgelegd dat de zorgaanbieders dienen te declareren in DBC's. In de beleidsregel is voorts bepaald dat in 2007 de bekostiging blijft plaatsvinden op basis van de budgetafspraken.

Bij brief van 9 februari 2007 heeft de minister van VWS de Tweede Kamer geïnformeerd over zijn voornemen een aanwijzing te geven inzake de invoering van één uniform onderbouwd uurtarief voor medisch specialistische zorg.

Op 20 april 2007 heeft de Projectorganisatie DBC GGZ de eerste onderhoudsversie van de Productstructuur gepresenteerd, waarin onder meer wordt ingegaan op de gehanteerde kostprijzen van DBC's. Naast instellingen hebben in december 2006 ook vier vrijgevestigde psychiaters uurtarieven aangeleverd. De kostprijs van vrijgevestigde psychiaters is als één instelling meegenomen in de bepaling van de mediane kostprijs voor psychiaters.

⁴ Kenmerk AWBZ 06/24c

⁵ Kenmerk AWBZ 06/29c

De projectorganisatie heeft daarbij vastgesteld dat er geen grote spreiding in de uurtarieven per beroep aanwezig is. De adviescommissie Zorgmarkten Care⁶ heeft op 13 juni 2007 positief geadviseerd over de onderhoudsversie van de Productstructuur. Van de brancheorganisaties in de sector Cure is slechts één - positieve - reactie ontvangen.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
5 van 23

Op 23 juli 2007 heeft de minister van VWS de Aanwijzing⁷ inzake uurtarief medisch specialisten gepubliceerd. Blijkens de toelichting is met de Orde van Medisch Specialisten overeengekomen dat vanaf 1 januari 2008 één onderbouwd uurtarief voor medisch specialistische zorg (inclusief psychiatrie) geldt. Op 17 januari 2007 is in overleg met de Orde van Medisch Specialisten een uurtarief van € 132,50 vastgesteld⁸.

Op 5 september 2007 heeft de minister van VWS de Aanwijzing⁹ inzake afschaffen lumpsum externe honorering lokale initiatieven vastgesteld. Op grond daarvan zijn per 1 januari 2008 de beleidsregels die betrekking hebben op lumpsum externe honorering lokale initiatieven vrijgevestigde medisch specialisten en vrijgevestigde psychiaters afgeschaft.

Op 15 oktober 2007 heeft de minister van VWS de NZa de Aanwijzing¹⁰ gegeven om de medisch specialisten de verplichting op te leggen met ingang van 1 januari 2008 op basis van DBC's te declareren.

Op 7 januari 2008 heeft de minister van VWS een nieuwe aanwijzing¹¹ vastgesteld, die de Aanwijzing van 23 juli 2007 met terugwerkende kracht per 1 januari 2008 heeft vervangen. Deze bevat voor de psychiaters een essentiële wijziging: in de oude aanwijzing gold het uurtarief voor alle medisch specialisten, ook voor psychiaters. In de nieuwe aanwijzing is de GGZ expliciet van het uurtarief uitgesloten. Alleen voor zover psychiaters een aandeel leveren aan een DBC voor somatische geneeskundige zorg geldt het uurtarief ook voor hen. In de toelichting bij de aanwijzing verwijst de minister van VWS naar eerdergenoemde gezamenlijke verklaring van VWS en de Orde van Medisch Specialisten, waarbij het uurtarief voor medisch specialistische zorg is vastgesteld. Volgens de minister van VWS kan uit die verklaring worden opgemaakt dat het uurtarief is toegesneden op de geneeskundige somatische zorg en geen verbinding heeft met de afspraken die zijn gemaakt bij de DBC-systematiek in de GGZ.

⁶ Brief 13 juni 2007, kenmerk Care 07-18.

⁷ Aanwijzing 23 juli 2007, Stcrt. 2007, 181

⁸ Kamerstuk 17 januari 2007 nr. CZ/TSZ/2743788

⁹ Aanwijzing 5 september 2007, Stcrt. 2007, 180

¹⁰ Aanwijzing 15 oktober 2007, Stcrt. 2007

¹¹ Aanwijzing 7 januari 2008, Stcrt. 2008, 6

Op 1 januari 2008 is de Beleidsregel CA-184 'Productstructuur GGZ' in werking getreden. Deze beleidsregel dient ter declaratie van de GGZ-productie in 2008.

De beleidsregel bevat de prestatiebeschrijvingen voor de GGZ en de indeling in productgroepen, die zijn vastgesteld op basis van de door de projectgroep DBC GGZ vastgestelde Productstructuur DBC GGZ van 20 april 2007.

Op 1 januari 2008 is tevens de Beleidsregel CA-222 'Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg' in werking getreden.

Deze bepaalt onder meer dat zorgaanbieders een afgesloten DBC declareren op basis van de productstructuur. Aan de productstructuur zijn bedragen, declaratiecodes en productgroep-codes verbonden. Hiermee is de invoering van de DBC's in de GGZ gerealiseerd.

De NZa heeft op grond van de artikelen 37 en 38 Wmg de 'Regeling Declaratie-bepalingen DBC GGZ' vastgesteld die van toepassing is op declaraties vanaf 1 januari 2008. De regeling bepaalt onder meer dat de DBC-prestatiecode bestaat uit een 12-cijferige code, die het afgesloten DBC-traject beschrijft. De code is samengesteld uit afzonderlijke codes die het zorgtype, de diagnoseclassificatie en de productgroepen voor verblijf en behandeling aanduiden. Het DBC-tarief (indien geen sprake is van verblijf) bestaat uitsluitend uit het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling. De zorgaanbieder declareert het DBC-tarief bij de cliënt of de zorgverzekeraar. De declaratie bevat naast de gebruikelijke informatie de DBC-prestatiecode en de lekenomschrijving van de geleverde zorg. De diagnose-informatie op de factuur beperkt zich tot de 14 diagnosehoofdgroepen in uitsluitend de langdurige of intensieve behandelgroepen, overeenkomstig de productstructuur. Daarbij wordt gebleven binnen de ruimte die het CBP toestaat.

Voorts heeft de NZa op grond van de artikelen 62 en 68 Wmg de 'Regeling Instructie DBC-registratie GGZ' vastgesteld, met als bijlage de 'Spelregels DBC-registratie Versie 2008', zoals vastgesteld door de Projectgroep DBC GGZ.

NADERE MOTIVERING NAAR AANLEIDING VAN DE UITSPRAAK VAN HET CBb d.d. 2 augustus 2010

Naar aanleiding van de uitspraak van het CBb heeft de NZa op 19 januari 2011 belanghebbenden opnieuw in de gelegenheid gesteld te worden gehoord.

Voorafgaand aan de hoorzitting hebben de gemachtigden mr. H.C. Lagrouw en mr. J.B. Schmaal namens Stichting De Koepel van DBC-vrije praktijken van Psychotherapeuten en Psychiaters, de Regionale Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten van Gelderland en een aantal individuele psychotherapeuten en psychiaters (hierna gezamenlijk aangeduid als: 'De Koepel') een nadere memorie ingediend.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
6 van 23

Namens DeVrijePsych heeft K. Mengelberg de tekst van de in 2010 uitgesproken Clara Meijer-Wichman Lezing ingediend. Voorts heeft de NZa van [REDACTED] een schriftelijke verklaring ontvangen. Deze stukken zijn aan de bezwaardossiers toegevoegd.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
7 van 23

Tijdens de hoorzitting hebben de (gemachtigden van) belanghebbenden hun bezwaren toegelicht en hun standpunten naar voren gebracht. Hetgeen zij - al dan niet aan de hand van hun pleitnota - hebben aangevoerd, zoals weergegeven in/bij het verslag van de hoorzitting, wordt hier als herhaald en ingelast beschouwd en meegewogen bij deze beslissing op bezwaar.

ORDEEL NZa

In de beslissing op bezwaar staan de volgende twee onderdelen centraal.

1. De DBC-productstructuur en de maximumtarieven van vrijgevestigde psychiaters

Bezwaarmakers hebben zich op het standpunt gesteld dat het normatief uurtarief voor medisch specialisten ook dient te gelden voor de vrijgevestigde psychiaters. Voorts hebben zij gesteld dat de vrijgevestigde psychiaters sinds de invoering van de DBC-systematiek geconfronteerd zijn met een forse inkomensdaling. De maximumtarieven die volgen uit de Beleidsregel CA-184 zijn niet toereikend om de mediane kostprijs van deze groep psychiaters te dekken. Daarbij hebben bezwaarmakers gewezen op de specifieke kostenstructuur, cliëntmix en zorgzwaarte van vrijgevestigde psychiaters.

Het CBb heeft in de uitspraak van 2 augustus 2010 in dit verband overwogen dat niet is beoogd het normatief uurtarief voor medisch specialisten ook voor vrijgevestigde psychiaters te laten gelden. Naar het oordeel van het CBb valt echter niet uit te sluiten dat de combinatie van de wijze waarop de kostprijs van de psychiater is verwerkt in het tarief en de werkwijze, alsmede het type cliënten van de vrijgevestigde psychiater in de praktijk leidt tot een aanzienlijke inkomensdaling van deze groep psychiaters. De NZa had nader onderzoek moeten doen naar de inkomenseffecten van de toepassing van de Beleidsregel CA-184 (door middel van de bestreden tariefbeschikking) op vrijgevestigde psychiaters en zich een oordeel moeten vormen over de aanvaardbaarheid van die effecten. Nu de NZa een dergelijk onderzoek heeft nagelaten en een op basis daarvan gegeven motivering van de inkomenseffecten van de DBC-systematiek voor vrijgevestigde psychiaters ontbreekt, is de bestreden beslissing op bezwaar onzorgvuldig voorbereid en niet deugdelijk gemotiveerd.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
8 van 23

Naar aanleiding van het oordeel van het CBb heeft de NZa het onderzoeksbureau Significant te Barneveld opdracht gegeven onderzoek te verrichten naar de omzeteffecten van vrijgevestigde psychiaters als gevolg van de invoering van de DBC-bekostiging. De NZa heeft daartoe de volgende onderzoeksvraag geformuleerd: *"Wat is het verschil in omzet van vrijgevestigde psychiaters voor (2007) en na (2009) de invoering van de DBC-systematiek?"*. De NZa heeft gekozen voor een onderzoek naar de omzeteffecten omdat de wijziging in het bekostigings- en declaratiestelsel met name betrekking heeft gehad op de omzet van de vrijgevestigde psychiaters. Verschillen in (de omvang van) de praktijkkosten zijn bij het onderzoek niet meegenomen omdat de structurele kosten niet zijn gewijzigd als gevolg van de nieuwe systematiek. Indien vrijgevestigde psychiaters een specifieke kostenstructuur kennen (die anders is ten opzichte van instellingen), dan is deze kostenstructuur niet structureel veranderd na de invoering van de DBC-systematiek.

De bevindingen van dit onderzoek zijn neergelegd in het rapport 'Effecten van invoering van de DBC declaratiesystematiek op de omzet van vrijgevestigde psychiaters', opgemaakt op 28 december 2010 door Significant in samenwerking met onderzoeksbureau Conquaestor. Dit rapport is aan het bezwaardossier toegevoegd. Het onderzoek is als volgt opgezet. Van de ongeveer 600 in Nederland actieve vrijgevestigde¹² psychiaters zijn er 125 per brief verzocht aan het onderzoek deel te nemen. Deze verzoeken gingen vergezeld van een brief van de branchevereniging van vrijgevestigde psychiaters (NVvP), waarin het belang van het onderzoek werd benadrukt en de leden uitdrukkelijk werd verzocht hieraan deel te nemen. Nadat zowel schriftelijk als telefonisch is gerappelleerd, hebben 35 psychiaters aan het onderzoek deelgenomen. Slechts één van de 35 respondenten heeft aangegeven er na de invoering van de DBC-systematiek op achteruit te zijn gegaan. Voor de overige respondenten geldt volgens hun opgave dat de gemiddelde omzet per behandeluur in 2009 significant hoger is dan in 2007. Een vertaling naar omzet per behandeluur is overigens gemaakt om omzetverschuivingen te kunnen beoordelen die worden veroorzaakt door verandering van de bekostigingssystematiek. Omzetverschuivingen als gevolg van het feit dat een psychiater meer of minder is gaan werken dienen te worden uitgesloten. Gemiddeld genomen steeg de omzet per behandeluur van ca. € 90,- in 2007 naar € 96,- in 2009. In het rapport wordt geconcludeerd dat op basis van dit onderzoek in de groep respondenten geen aanwijzing is gevonden dat de invoering van de DBC-systematiek tot een terugloop van de omzet en daarmee van het inkomen (uitgaande van gelijk gebleven structurele kosten) van vrijgevestigde psychiaters heeft geleid. Om die reden is beantwoording van de subvragen over zorgzwaarte en cliëntmix niet langer relevant en dus achterwege gebleven.

¹² Onder 'vrijgevestigd' wordt in dit verband tevens verstaan psychiaters die naast hun werkzaamheden in een vrijgevestigde praktijk voor een deel bij een instelling werkzaam zijn.

In het rapport is erop gewezen dat de statistische betrouwbaarheid van de uitkomsten beperkt is, omdat een minimum aantal van 50 reacties nodig is om te kunnen spreken van een representatief onderzoek. Door het lage responspercentage is het niet mogelijk de conclusies ten aanzien van de gemiddelde omzet per uur onder de respondenten te vertalen naar de gehele populatie. Daarnaast is door de lage respons de kans op een selectiebias niet uit te sluiten¹³.

De NZa onderkent deze beperking, maar stelt daar het volgende tegenover. Uit de 35 ontvangen reacties komt het beeld naar voren dat sprake is geweest van een lichte omzetsijging. Dit beeld wordt bevestigd door de beschikbare omzetgegevens over 2009 uit het DBC Informatiesysteem (hierna: DIS).

Uit die gegevens, gemeten over 319 vrijgevestigde psychiaters, blijkt dat in 2009 sprake is van een gemiddelde omzet per behandeluur van € 114,-. De NZa is van mening dat zowel de onderzoeksbevindingen van Significant als de DIS-gegevens geen aanleiding vormen voor de veronderstelling dat gemiddeld genomen sprake is geweest van een omzetsijging bij de vrijgevestigde psychiaters. De NZa acht het bovendien onwaarschijnlijk dat indien ten behoeve van het onderzoek van Significant nog 15 reacties waren ontvangen, waardoor het onderzoek statistisch gezien een representatief karakter zou hebben gekregen, de gemiddelde omzetontwikkeling per behandeluur een daling zou laten zien. Hoewel de NZa op grond van artikel 61 Wmg een wettelijke bevoegdheid heeft de aanlevering van dit soort gegevens via een handhavingstraject af te dwingen, is er voor gekozen om het onderzoek op basis van vrijwillige deelname te organiseren. Indien immers een substantiële groep van vrijgevestigde psychiaters na 2008 met een omzetsijging te maken heeft gehad valt te verwachten dat juist deze groep dit door middel van deelname aan het onderzoek kenbaar zou willen maken. Binnen de gegeven omstandigheden heeft de NZa zich maximaal ingespannen om op vrijwillige basis een representatief aantal respondenten te verkrijgen: de brief van de NZa waarin geselecteerde psychiaters werd verzocht deel te nemen aan het onderzoek, werd door middel van een begeleidende brief ondersteund door de branchevereniging van de vrijgevestigde psychiaters (NVvP), waarin het belang van deelname aan het onderzoek nogmaals werd benadrukt. Daarnaast heeft onderzoeksbureau Significant schriftelijk gerappelleerd en meerdere (na)belondes uitgevoerd.

In reactie op hetgeen namens de NVvP, de Orde van Medisch Specialisten, [REDACTED] en [REDACTED] ter hoorzitting naar voren is gebracht¹⁴ overweegt de NZa dat de vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychiaters behoren tot de groep van vrijgevestigde psychiaters waarop de uitspraak van het CBb betrekking heeft.

¹³ Dit houdt in dat de kans bestaat dat een bepaalde groep psychiaters heeft gereageerd die niet kenmerkend is voor de gehele onderzoekspopulatie.

¹⁴ Pleitnota punt 1 tot en met 17, bijlage 1 bij het verslag van de hoorzitting

De vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychiaters maken derhalve deel uit van de onderzoekspopulatie van het onderzoek naar de omzetteffecten van vrijgevestigde psychiaters als gevolg van de invoering van de DBC-systematiek. Daarnaast wijst de NZa op de hiervoor genoemde gegevens uit DIS, die een hogere omzet in 2009 laten zien. Deze gegevens hebben betrekking op de gehele groep van vrijgevestigde psychiaters en laten geen uitzondering zien voor de kinder- en jeugdpsychiaters of een andere groep psychiaters. Overigens hebben bezwaarmakers in de onderhavige bezwaar- en beroepsprocedure ook niet eerder aangevoerd dat de kinder- en jeugdpsychiaters ten opzichte van de (overige) vrijgevestigde psychiaters een aparte positie innemen, die een afzonderlijk onderzoek naar hun inkomenseffecten noodzakelijk maakt. De NZa ziet dan ook geen aanleiding aan het verzoek van bezwaarmakers tegemoet te komen om alsnog aanvullend onderzoek te laten verrichten naar de inkomenseffecten van deze groep psychiaters.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
10 van 23

2. De verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden en te verstrekken aan zorgverzekeraars

Bezwaarmakers hebben zich in de onderhavige procedure op het standpunt gesteld dat de verplichting om medische gegevens van patiënten aan derden te verschaffen in strijd is met het medisch beroepsgeheim van de psychiaters. De bestreden tariefbeschikking en de achterliggende beleidsregels zouden de psychiaters tevens verplichten tot handelen in strijd met artikel 8 EVRM. Er zou sprake zijn van een onrechtmatige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

De NZa heeft in haar eerdere beslissing op bezwaar overwogen dat kan worden erkend dat de verstrekking van persoonsgegevens aan de zorgverzekeraars een inmenging in de privé-sfeer van de patiënt vormt. Deze inmenging wordt echter gelegitimeerd door artikel 87 Zvw en de op dat artikel gebaseerde Regeling zorgverzekering, met name hoofdstuk 7 van die regeling. De regeling is voor het eerst gepubliceerd in 2005. In de toelichting bij die regeling is uitdrukkelijk aangegeven dat de informatie die op de declaratie moet worden vermeld ten behoeve van de materiële en formele controle door zorgverzekeraars voortvloeit uit politieke keuzes op het terrein van de structuur van de gezondheidszorg en de wijzen van bekostiging van zorg. De regeling is in overeenstemming met het veld, waaronder GGZ-Nederland, en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) opnieuw vastgesteld.

De NZa heeft zich voorts op het standpunt gesteld dat een dergelijke inmenging noodzakelijk is en derhalve de toets aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit kan doorstaan.

Het CBb heeft in de uitspraak van 2 augustus 2010 geoordeeld dat de beslissing op bezwaar op dit punt niet zorgvuldig is voorbereid en onvoldoende is gemotiveerd. De belangenafweging die ten grondslag heeft gelegen aan de invoering van de verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars te verstrekken, is onvolledig geweest. De NZa dient te onderzoeken of in afwijking van het algemene systeem van informatieverstrekking, voor gevallen als in beroep aan de orde, manieren van informatieverstrekking aan zorgverzekeraars mogelijk zijn die recht doen aan de zwaarwegende belangen van medische privacy voor de patiënt en het medisch beroepsgeheim voor de psychiater. Op basis van de uitkomsten van dat onderzoek dient de NZa de in het geding zijnde belangen opnieuw te wegen, onder aanpassing zo nodig van de beleidsregels en de overige regelgeving die aan de bestreden tariefbeschikking ten grondslag liggen.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
11 van 23

Het CBb heeft voorts geoordeeld dat geen verband bestaat tussen de bestreden tariefbeschikking en de verplichting om informatie aan het DBC Informatie Systeem (DIS) te leveren. De bezwaren die tegen deze verplichting naar voren zijn gebracht richten zich niet tegen de tariefbeschikking. De NZa is dan ook van mening dat deze bezwaren hier buiten beschouwing dienen te blijven.

De declaratiesystematiek vóór 2008

Met ingang van 2004 is de aanspraak op psychotherapie op grond van de AWBZ beperkt. Voordien gold er een maximum van 90 zittingen bij de vrijgevestigde behandelaar en gold er geen beperking voor behandelingen binnen instellingen. De beperking hield in dat er een maximum werd ingesteld van 30 zittingen psychotherapie. Vervolgens is de aanspraak op psychotherapie per 1 januari 2007 verruimd. Met de inwerkingtreding van het Besluit van 25 september 2006 (Stb. 2006,464) per 1 januari 2007 bestond er aanspraak op ten hoogste 25 zittingen dan wel, indien er sprake was van persoonlijkheidsstoornissen, 50 zittingen, met dien verstande dat de zorg meer zittingen psychotherapie kon omvatten indien die zittingen voor de verzekerde noodzakelijk waren blijkens de normen die door de desbetreffende beroepsgenoten zijn aanvaard.

Voor de beoordeling van de noodzaak tot voortzetting van de psychotherapie na het gelimiteerde aantal zittingen werd door de beroepsgroepen een "Indicatiestellingprotocol voortgezette psychotherapie" ontwikkeld. Aan de hand van dat protocol beoordeelde de behandelaar of een patiënt in aanmerking kwam voor doorbehandelen na afloop van de 25 respectievelijk 50 behandelingen.

Toepassing van het protocol leidde via toekenning van een score naar gelang de diagnostische hoofdgroep, co-morbide diagnose, inschatting van ernst en duur van de klachten, de situatie bij aanvang van de therapie, dreigende complicaties en toekomstverwachting, tot een eindscore. Bij een eindscore van meer dan 20 punten, bestond er aanspraak op voortgezette psychotherapie.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
12 van 23

Voor de start van een behandeling was geen voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar (het zorgkantoor) vereist, met uitzondering van de psychoanalyse waarop overigens alleen aanspraak bestond indien deze behandeling door een instelling werd verleend. Wel gold er een meldingsprocedure, zowel voor psychiaters als voor psychotherapeuten. De behandelaar vermeldde op het meldingsformulier psychotherapie de DSM IV-code (Diagnostic en Statistical Manual of Mental Disorders; een classificatiesysteem voor psychiatrische aandoeningen), het type behandeling (individueel, groep, gezin, paar, de startdatum en, indien van toepassing, de datum van beoordeling door een regionale toetsingscommissie.

De regionale toetsingscommissies kwamen overigens tot stand op initiatief van de beroepsgroep van psychotherapeuten. Zij vormden uit kwaliteitsoverwegingen toetsingscommissies, waarin de psychotherapeuten ten hoeve van de melding aan de zorgverzekeraar/zorgkantoor de door hen gestelde diagnoses bespraken. Het bestaan van de toetsingscommissies was vastgelegd in de contractuele afspraken tussen zorgverzekeraar/zorgkantoor en de psychotherapeuten (artikel 6 van de zogenaamde Uitkomst van overleg; dat als model diende voor de individuele overeenkomsten). De psychiaters hadden geen toetsingscommissies.

Het Addendum Zorgverzekeraars bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen werd op 27 april 2006 goedgekeurd door het College bescherming persoonsgegevens. Het addendum bepaalde dat de verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid, die werden verkregen in verband met een door of namens de verzekerde gedaan verzoek om toestemming te verkrijgen voor het ontvangen van bepaalde zorg c.q. de vergoeding daarvan, onder de verantwoordelijkheid gebeurde van de medisch adviseur. Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur viel niet het ontvangen en verwerken van declaratiegegevens.

Uit het voorgaande volgt dat vóór 1 januari 2008, op grond van het addendum, uitgangspunt was dat de meldingsformulieren bij zorgverzekeraars/zorgkantoren werden behandeld door een functionele eenheid onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. De betreffende medewerkers hadden een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht, maar vielen niet onder het medisch tuchtrecht. Na de meldingsprocedure voorafgaand aan de zorgverlening, declareerden de zorgaanbieders zittingen en was op de declaratie geen vermelding van diagnose-informatie nodig.

De declaratiesystematiek per 1 januari 2008Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826Pagina
13 van 23

In de toelichting bij het Besluit van 25 september 2006 (Stb. 2006,464) dat per 1 januari 2007 in werking trad, is vermeld dat met de invoering van de DBC's per 1 januari 2008, geen beheersing van (de kosten) via een beperking van de aanspraak tot een aantal zittingen meer nodig is. Per 1 januari 2008 geschiedt die beheersing namelijk via de DBC-tarifiering. Het DBC-systeem wordt aangeduid als de vervanging van de met het betreffende besluit ingevoerde pakketmaatregel. De gelijktijdige overheveling van de curatieve GGZ, de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg die 365 dagen of korter duurt, van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) stelt andere eisen aan de inhoud van declaraties aan de zorgverzekeraar. Declaraties voor behandelingen onder de Zvw zijn patiënt-/verzekerde gebonden, omdat deze ten laste komen van een op naam gestelde verzekeringspolis. Bij deze declaraties staan de door de NZa gedefinieerde prestaties - de DBC's - centraal conform de eerder genoemde specificatie in artikel 7 van de Regeling zorgverzekering.

Het DBC-systeem is gericht op prestatiebekostiging. Het systeem faciliteert dat zorgaanbieder en zorginkoper onderling tot goede volume-, kwaliteit- en prijsafspraken kunnen komen, waardoor er voor de consument een optimale en 'voorspellende' uitkomst resulteert. Zorgproducten dienen daartoe vanuit geneeskundig perspectief herkenbaar te zijn en de geleverde zorg moet zodanig omschreven zijn dat de omschrijving bruikbaar is voor de onderhandelingen en als omschrijving voor een lekendeclaratie.

Elke DBC kent per tijdklasse een afzonderlijk tarief. De DBC-prestatiecode beschrijft het afgesloten en gevalideerde DBC-traject en vormt de prestatiebeschrijving als bedoeld in de Wmg. Een DBC bestaat uit vier componenten en de DBC-prestatiecode is op basis daarvan samengesteld uit 12 cijfers: opgebouwd uit het zorgtype (3 cijfers), de diagnosecode (3 cijfers), de productgroep verblijf (3 cijfers) en de productgroep behandeling (3 cijfers), die eveneens diagnose-informatie bevat. Kenmerkend voor en inherent aan het DBC-systeem is dat diagnose-informatie een onderdeel vormt van de prestatiebeschrijving.

Bij de totstandkoming van de huidige DBC-productstructuur hebben partijen die bij de ontwikkeling betrokken zijn geweest een uitgebreide afweging gemaakt, waarbij de verschillende belangen, waaronder de bescherming van de medische persoonsgegevens van de patiënt en het medisch beroepsgeheim van de behandelaar, zorgvuldig zijn gewogen. Ter toetsing van deze deelbelangen zijn diverse consultatieve gesprekken gevoerd.

Ook het CBP heeft de verplichte vermelding van diagnose-informatie op de declaratie uitgebreid getoetst. Het CBP heeft overwogen¹⁵ dat het wettelijk verankerde medisch beroepsgeheim in principe in de weg staat aan het verstrekken van diagnose-informatie over de patiënt. Uitzondering hierop bij specifieke wettelijke verplichting kan alleen in overeenstemming met de artikel 8 EVRM en artikel 10 Grondwet worden gerealiseerd, wanneer dit noodzakelijk is en dus de toets aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit kunnen doorstaan. Het CBP acht belangen van geheimhouding, zeker gezien de specifieke aspecten van de GGZ-zorg, zwaarwegend. Het CBP heeft desondanks geoordeeld dat de argumenten voor het vermelden van diagnose-informatie op de declaratie voldoende overtuigend zijn om aan te nemen dat de inbreuk op de privacy wordt gerechtvaardigd door de noodzaak van het verstrekken van die gegevens aan de zorgverzekeraars. Het CBP acht dit onderdeel van de DBC-systematiek onder bepaalde voorwaarden dan ook in overeenstemming met de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Een van die voorwaarden is dat de verplichte vermelding van diagnose-informatie zich beperkt tot langdurige behandeltrajecten¹⁶. Dit heeft geleid tot de vaststelling van prestatiebeschrijvingen waarbij voor de langdurige DBC's alleen een diagnoseclassificatie op DBC-hoofdgroepniveau herkenbaar is in de prestatieomschrijving en de prestatiecodes. De diagnose-informatie die op de declaratie wordt vermeld, beperkt zich tot een indeling in één van deze 14 hoofdgroepen. De zorgverzekeraars kunnen alleen kennisnemen van de betreffende hoofddiagnosegroep. Gegevens over de behandeling of individuele detailgegevens over de patiënt worden uitdrukkelijk niet via de declaratie aan de zorgverzekeraar verstrekt.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
14 van 23

De NZa heeft in de onderhavige procedure (nader) toegelicht welke doelen zijn gediend met de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden en aan de zorgverzekeraars te verstrekken. Een goede informatieverstrekking over prestaties, kwaliteit en kosten is van wezenlijk belang in een zorgstelsel dat uitgaat van gereguleerde marktwerking en prestatiebekostiging. De zorgmarkt wordt gevormd door drie partijen: de zorgaanbieder, de patiënt/verzekerde en de zorgverzekeraar. De prestatiebeschrijving en het daarbij behorende tarief spelen in het verkeer tussen deze drie partijen een centrale rol. De patiënt heeft er recht op te weten welke kosten zijn verbonden aan de zorg die de zorgaanbieder heeft geleverd. Zorgaanbieders dienen te beschikken over redelijkerwijs kostendekkende tarieven behorend bij zorgprestaties die hanteerbaar en herkenbaar zijn. Zorgverzekeraars dienen te beschikken over inzicht in de kosten van zorgprestaties en over vergelijkbare informatie over de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorgaanbod. Derhalve dienen de prestatiebeschrijvingen te voldoen aan vier criteria:

¹⁵ Brief CBP aan het ministerie van VWS van 6 december 2006

¹⁶ Behandeltrajecten van minimaal 250 uren

- medische herkenbaarheid
- hanteerbaarheid
- kostenhomogeniteit
- reële tarief- en prijsstelling

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
15 van 23

De NZa acht het verstrekken van diagnose-informatie aan de zorgverzekeraars niet alleen noodzakelijk voor de uitoefening van hun zorginkooptaak, maar ook voor een adequate uitoefening van hun (formele en materiële) controletaak. Alleen indien de zorgverzekeraars beschikken over informatie met een voldoende onderscheidend vermogen in relatie tot de geleverde zorgprestatie en de daarmee samenhangende kosten, kunnen zij vaststellen of de zorgprestatie daadwerkelijk aan de verzekerde is geleverd, of het een prestatie betreft die onder de verzekeringspolis valt en of de geleverde zorg op een correcte wijze wordt gedeclareerd. De door het CBP goedgekeurde Regeling zorgverzekering laat geen ruimte voor een eigen afweging van zorgaanbieders of gevoelige gegevens mogen worden verstrekt aan verzekeraars.

Het CBb heeft in zijn uitspraak overwogen dat de werkwijzen die tot 2008 golden een beduidend geringere aantasting van de medische privacy met zich brachten dan de verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden, nu dergelijke informatie in deze werkwijzen met toestemming van de patiënt aan een beperkt aantal personen werd verstrekt, die een medisch beroepsgeheim hebben en tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn te stellen. Het CBb is van oordeel dat de NZa in de onderhavige procedure heeft verzuimd in te gaan op deze werkwijzen en op de vraag of deze onder het systeem van DBC-declaratie - zo nodig in aangepaste vorm - gehandhaafd zouden kunnen worden. Volgens het CBb valt niet in te zien dat niet ook onder het DBC-systeem in gevallen als aan de orde bij appellanten, een vergelijkbare wijze van vertrouwelijke kennisname mogelijk is, zonder dat daarbij de met het DBC-systeem beoogde doelen in het gedrang zouden hoeven komen.

De NZa heeft op 8 november 2010 een consultatiebijeenkomst georganiseerd, waarbij een aantal mogelijke oplossingsrichtingen voor de bezwaren tegen de DBC-declaratiesystematiek aan bezwaarmakers en verschillende belangen- en brancheorganisaties is voorgelegd. De NZa heeft de standpunten van de aanwezigen geïnventariseerd en betrokken in haar belangenafweging. Deze afweging heeft geleid tot het volgende.

De NZa stelt voorop dat de huidige DBC-systematiek wezenlijk verschilt van het systeem dat tot 2008 onder de AWBZ gold en zoals in de toelichting bij het Besluit van 25 september 2006 (Stb. 2006,464) is vermeld, in de plaats is getreden van een beheersing-systeem via een beperkte aanspraak op zittingen psychotherapie.

Kenmerkend voor en inherent aan de DBC-systematiek is immers de samenhang tussen diagnose en behandeling die gezamenlijk een DBC - en daarmee de prestatiebeschrijving als bedoeld in de Wmg - vormen en waaraan vervolgens het (maximaal) in rekening te brengen tarief is gekoppeld. Zoals hiervoor al is aangegeven is vermelding op de declaratie van enige, dat wil zeggen op hoofdgroep niveau, diagnose-informatie noodzakelijk, omdat de zorgverzekeraars alleen dan hun rol ten aanzien van zorginkoop en controle kunnen waarmaken. Naar het oordeel van de NZa is het afschaffen van de verplichte diagnose-informatie op de declaratie niet verenigbaar met de DBC-systematiek en de doelen die daarmee worden beoogd.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
16 van 23

Overigens is in dit verband nog van belang dat het schrappen van enkel de diagnose-informatie op de declaratie geen afdoende oplossing biedt voor de door bezwaarmakers gesignaleerde privacyproblemen. In voornoemde Beleidsregel Productstructuur wordt immers aan elke DBC een apart (maximum)tarief toegekend. Bezwaarmakers hebben zelf al aangevoerd dat deze tarieven zo specifiek zijn dat de diagnose uit het op de declaratie vermelde bedrag kan worden afgeleid. Dit geldt dus zelfs indien de DBC-prestatiecode in het geheel niet op de declaratie wordt vermeld. Derhalve kan naar het oordeel van de NZa slechts aan de opgeworpen bezwaren tegemoet worden gekomen, indien de vermelding van zowel de DBC-prestatiecode, als het DBC-specifieke tarief op de declaratie niet langer verplicht wordt gesteld. Feitelijk zou in dat geval sprake zijn van het volledig buiten werking stellen van het DBC-systeem als basis voor het declaratie- en betalingsverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dat is naar het oordeel ongewenst en onnodig.

De NZa heeft onderzocht of het mogelijk is een met de situatie van vóór 2008 vergelijkbare wijze van vertrouwelijke kennisname onder de DBC-systematiek te handhaven. Omdat de vermelding van de DBC-prestatiecode en het daaraan gekoppelde tarief op de declaratie inherent is aan de DBC-systematiek kan een dergelijke vertrouwelijke kennisname slechts plaatsvinden, indien alle declaraties van vrijgevestigde psychiaters bij de zorgverzekeraars door of tenminste onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur worden verwerkt. Zo de NZa al de bereidheid zou hebben om een dergelijke wijze van declaratieafhandeling in het leven te roepen, wijst zij er in dit verband op dat zij op grond van de Wmg en ook overigens geen wettelijke bevoegdheid heeft op dit punt voorwaarden, voorschriften of beperkingen aan zorgverzekeraars op te leggen. Op grond van artikel 68a, vierde lid, Wmg kan slechts bij ministeriële regeling worden bepaald op welke wijze persoonsgegevens door zorgverzekeraars worden verwerkt. Op grond van voornoemd artikel, alsmede artikel 87 Zvw, heeft de minister van VWS gebruik gemaakt van de bevoegdheid om nadere regels te stellen omtrent de wijze waarop (medische) persoonsgegevens door zorgverzekeraars dienen te worden verwerkt. Hieraan is uitvoering gegeven in de Regeling zorgverzekering.

In deze regeling heeft de minister van VWS evenwel niet voorzien in het opleggen van een verplichting aan zorgverzekeraars om de verwerking - en bijbehorende formele controle¹⁷ - van declaraties van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur te laten plaatsvinden.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
17 van 23

Zoals hieronder nader uiteen wordt gezet, is de NZa echter van oordeel dat de medische privacy onder het huidige DBC-systeem en de wijze waarop de declaraties door de zorgverzekeraars worden afgehandeld voldoende is gewaarborgd.

Het rapport 'Verbetering werking DBC-systeem GGZ'

Namens De Koepel is aangevoerd dat de NZa in oktober 2010 zelf het rapport 'Verbetering werking DBC-systeem GGZ' heeft gepresenteerd. Dit rapport bevat een beschrijving van de problemen met de bestaande productstructuur en voorstellen voor aanpassingen.

De NZa overweegt hieromtrent het volgende. Parallel aan de besluitvorming over de productstructuur GGZ 2011 is binnen de NZa nagedacht over mogelijke verbetering van de bekostiging van de geneeskundige GGZ. Hierbij is rekening gehouden met de wens van een stabiele productstructuur op het moment dat wordt overgestapt naar prestatiebekostiging. De NZa heeft op 14 oktober 2010 de representatieve organisaties van marktpartijen, patiënten-organisaties en DBC-onderhoud geconsulteerd¹⁸ en heeft naar aanleiding daarvan het rapport 'Verbetering werking DBC-systeem GGZ' uitgebracht. Zowel de belangrijkste veldpartijen als het ministerie van VWS hebben kanttekeningen bij dit rapport geplaatst. Het ministerie van VWS heeft de NZa in november 2010¹⁹ bericht niet in te stemmen met de door de NZa in het rapport beschreven aanpassingen, waaraan door De Koepel wordt gerefereerd. De verdere uitwerking van het rapport door de NZa is daarom op dit moment niet meer aan de orde.

¹⁷ Formele 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 marktordening gezondheidszorg is vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen" (art. 1 aanhef, sub y, Regeling zorgverzekering).

¹⁸ Consultatiedocument 'Verbetering werking DBC-systeem' oktober 2010

¹⁹ Notitie 'Koers bekostiging tweedelijns curatieve GGZ' 10 november 2010

De juridische grondslag van de verplichte aanlevering van diagnose-informatieKenmerk
rdok/802/bbb/11/826Pagina
18 van 23

De algemene bevoegdheid om prestatiebeschrijvingen vast te stellen en deze neer te leggen in beleidsregels volgt uit de artikelen 50-56 Wmg. DBC's zijn te typeren als prestatiebeschrijvingen als bedoeld in de Wmg. Artikel 38 lid 2 Wmg bepaalt dat zorgaanbieders een tarief in rekening brengen onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving. Op grond van artikel 35 Wmg mogen zorgaanbieders alleen die prestatiebeschrijvingen en tarieven in rekening te brengen die door de NZa zijn vastgesteld.

In meergenoemde Beleidsregel CA-222 wordt het begrip 'productstructuur' als volgt gedefinieerd: "Afgesloten DBC's worden gedeclareerd op basis van de productstructuur. De productstructuur is opgebouwd uit een tabel voor behandeling en een tabel voor verblijf. Aan de productstructuur zijn bedragen, declaratiecodes en productgroepcodes gekoppeld". De verplichting om diagnose-informatie als onderdeel van de prestatiebeschrijving op de factuur te vermelden volgt uit de nadere regel Declaratiebepalingen DBC GGZ die geldt voor declaraties vanaf 1 januari 2008 en uit de tariefbeschikking. De nadere regel vindt zijn wettelijke grondslag in artikel 37 en 38 Wmg.

Op grond van artikel 62 en 68 heeft de NZa voorts de Regeling Instructie DBC-registratie GGZ vastgesteld. Artikel 4 van deze regeling verwijst naar de bij die regeling behorende bijlage 'Spelregels DBC-registratie Versie 2008, F 1.0', die is vastgesteld door de Projectgroep DBC GGZ. In deze spelregels is onder meer bepaald dat de diagnoseclassificatie wordt vastgesteld op basis van alle assen van de DSM-IV-TR. Dit is het in de GGZ gebruikte systeem van diagnoseclassificatie.

Daarnaast voorzien artikel 87 Zvw, artikel 68a Wmg en artikel 7.2 aanhef en sub c en f van de Regeling zorgverzekering in de noodzakelijke wettelijke opdracht voor de doorbreking van het beroepsgeheim door de betrokken zorgaanbieders en de basis voor de verplichting tot aanlevering van diagnose-informatie aan zorgverzekeraars. In laatstgenoemd artikel staat dat de zorgverzekeraar beschikt over de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie - de DBC - (sub c) en over de gegevens die op grond van een declaratieregeling van de NZa aan de zorgverzekeraar moeten worden verstrekt (sub f). De nadere regel Declaratiebepalingen DBC GGZ is zo'n declaratieregeling.

Wijziging van de Regeling zorgverzekering

De Regeling zorgverzekering heeft op 30 juni 2010 een wijziging ondergaan waardoor de medische privacy van de patiënt verder wordt gewaarborgd. Zo wordt thans in de Regeling zelf - in plaats van in de gedragscode - bepaald welke eisen gelden bij de uitvoering van de materiële controle, met inbegrip van de detailcontrole, en fraudeonderzoeken door de zorgverzekeraars.

Deze onderzoeken geschieden door zogenoemde functionele eenheden van een zorgverzekeraar. Deze functionele eenheden opereren altijd onder verantwoordelijkheid van bij de zorgverzekeraars werkzame medisch adviseurs. De medisch adviseurs zijn uit hoofde van hun beroep tot geheimhouding verplicht. Voorts wordt het verdere gebruik van persoonsgegevens waarover de zorgverzekeraar beschikt bij de uitvoering van de Zvw aan regels gebonden. Uit de toelichting blijkt dat de (wijziging van de) regeling een tweeledig doel dient. Enerzijds geeft de regeling in combinatie met artikel 87 Zvw de volgens de Wbp noodzakelijke juridische grondslag voor zorgverzekeraars om formele en materiële controle te mogen uitvoeren voor in de regeling opgenomen doelen. Anderzijds biedt het de zorgaanbieders het volgens de Wbp en het Burgerlijk Wetboek (de geneeskundige behandelingsovereenkomst ex artikel 7:457 e.v. BW) noodzakelijke wettelijke voorschrift om met een daartoe toereikende juridische grondslag te voldoen aan de verplichting het beroepsgeheim te doorbreken bij het verstrekken van medische persoonsgegevens, waaronder diagnose-informatie, aan de zorgverzekeraar.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
19 van 23

Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en Uniforme Maatregel Afhandeling Declaraties

Tot begin 2008 was voor de zorgverzekeraars de Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en het bijbehorende Addendum Zorgverzekeraars van toepassing. Nadat op 5 februari 2008 de door het CBP verstrekte goedkeuring was verlopen, is een nieuwe zelfstandige gedragcode voor zorgverzekeraars opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland. De nieuwe Gedragcode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars geeft de beginselen en gedragsregels weer waaraan zorgverzekeraars zich dienen te houden bij het omgaan met persoonsgegevens. Deze gedragcode ligt thans ter beoordeling voor bij het CBP. Naar aanleiding van de uitspraak van het CBb heeft Zorgverzekeraars Nederland het afhandelen van declaraties in oktober 2010 geprotocolleerd. In dit protocol, de Uniforme Maatregel Afhandeling Declaraties, wordt geregeld hoe zorgverzekeraars moeten omgaan met (de administratieve verwerking van) declaratiegegevens, waartoe ook diagnose-informatie behoort. Het protocol vormt een nadere uitwerking van de hiervoor genoemde nieuwe gedragcode. De NZa ziet op grond van haar wettelijke taken als omschreven in artikel 16 aanhef, sub b, Wmg toe op de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de zorgverzekeringwet is geregeld.

Met de hiervoor genoemde aanpassingen op het gebied van wet- en regelgeving, wordt het gebruik en de verwerking van medische persoonsgegevens, waaronder diagnose-informatie, van een bredere juridische basis voorzien en met nog meer waarborgen omgeven.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
20 van 23

In de gevallen waarin personen die niet onder het medisch beroepsgeheim en niet onder het medisch tuchtrecht vallen, declaraties verwerken die diagnose-informatie bevatten, heeft de NZa ook het volgende van belang geacht en in haar beslissing meegewogen. Zorgverzekeraars Nederland heeft uiteengezet - en de NZa heeft dit in de praktijk bij een verzekeraar bevestigd gezien - dat de - formele - controle van declaraties, die aan betaalbaarstelling voorafgaat, vrijwel volledig geautomatiseerd plaatsvindt. Declaraties worden in de systemen van de zorgverzekeraars ingelezen en geautomatiseerd afgehandeld. Dit heeft ertoe geleid dat in de praktijk circa 95% van de declaraties zonder tussenkomst van personen wordt verwerkt. Alleen indien sprake is van zogenoemde 'uitval' van declaraties, vindt handmatige verwerking plaats. Uitval doet zich voor als de codes op een declaratie niet overeenkomen met de codes die in het systeem van de zorgverzekeraar staan. Slechts een beperkt aantal medewerkers van de zorgverzekeraars zijn geautoriseerd om de uitval te verwerken. Deze autorisatie is strikt beperkt tot de verwerking van gegevens die voor het doel van de werkzaamheden van de medewerker noodzakelijk zijn. Daarbij geldt dat medewerkers van de zorgverzekeraars (niet zijnde medisch adviseurs) op grond van de artikelen 87, lid 5, Zvw, 68a, lid 3, Wmg en 21, lid 2, Wbp - krachtens hun arbeidsovereenkomst - en voornoemd protocol gehouden zijn tot geheimhouding van persoonsgegevens. Bij schending van de geheimhoudingsplicht volgt een disciplinaire maatregel. Materiële controle²⁰ en detailcontrole²¹ van declaraties vindt slechts plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur, zoals weergegeven in de Regeling zorgverzekering. Naar het oordeel van de NZa valt overigens niet op voorhand in te zien waarom het medisch beroepsgeheim meer privacywaarborgen zou bieden dan de wettelijke geheimhoudingsplicht die op de medewerkers van de zorgverzekeraars rust. Dat het medisch tuchtrecht op deze medewerkers niet van toepassing is, laat onverlet dat bij schending van de geheimhoudingsplicht - naast de hiervoor genoemde disciplinaire maatregelen - arbeidsrechtelijke sancties kunnen worden opgelegd. Daarnaast ziet de NZa in het kader van haar rol als toezichthouder toe op een juiste uitvoering van de Zvw-gerelateerde taken van zorgverzekeraars, waartoe ook de bescherming van de privacy tijdens de verwerking van declaraties behoort.

De NZa heeft bij haar bestuurlijke heroverweging een uitgebreide afweging gemaakt, waarbij de verschillende belangen, waaronder de medische privacy van de patiënt en het medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieder zorgvuldig zijn gewogen in relatie tot de doelen die met de DBC-systematiek zijn gediend.

²⁰ 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" (art. 1 aanhef, sub z, Regeling zorgverzekering).

²¹ Detailcontrole: "onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek" (art. 1 aanhef, sub cc, Regeling zorgverzekering).

De NZa heeft hierbij mede de standpunten van de belangen- en brancheorganisaties betrokken, zoals bij de consultatiebijeenkomst van 8 november 2010 en ter hoorzitting van 19 januari 2011 naar voren zijn gebracht. Zoals uit het voorgaande volgt, is de NZa van oordeel dat het verstrekken van diagnose-informatie zoals dit thans op hoofdgroepniveau gebeurt noodzakelijk en proportioneel is. Gelet op de waarborgen waarin thans is voorzien vormt dit geen onaanvaardbare inbreuk op de medische privacy van de patiënt. De NZa acht het van belang dat in de GGZ-sector een groot draagvlak voor het gebruik van DBC's bestaat. Brancheorganisaties als GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, alsmede de patiëntenorganisatie Landelijk Platform GGz hebben zich uitgesproken vóór handhaving van het DBC-declaratiesysteem en zich op het standpunt gesteld dat de medische privacy van de patiënt in dit systeem voldoende is gewaarborgd. Daarnaast hebben genoemde organisaties zich uitgesproken voor gelijkgeschakeling met de DBC-systematiek in de somatische zorg, omdat een afzonderlijk systeem voor GGZ-zorg onnodig en onterecht stigmatiserend is. In dat verband merkt de NZa op dat ook het beroepsgeheim van GGZ-zorgaanbieders niet anders is dan dat van zorgaanbieders in de somatische zorg.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
21 van 23

Bezwaarmakers hebben zich op het standpunt gesteld dat in de GGZ het medisch beroepsgeheim en de medische privacy van de patiënt instrumenteel zijn voor de behandeling van de patiënt. De vertrouwelijkheid tussen patiënt en behandelaar is, zo stellen zij, een noodzakelijke voorwaarde voor een effectieve behandeling. Dit is volgens bezwaarmakers een wezenlijk verschil met de somatische zorg. Gelet op dit zwaarwegende privacybelang zijn de waarborgen die onder de huidige declaratiesystematiek worden geboden volstrekt ontoereikend.

De NZa overweegt hieromtrent als volgt. De NZa heeft begrip voor het door bezwaarmakers gestelde instrumentele karakter van de vertrouwelijkheid van een behandeling in de GGZ, maar zoals hiervoor uiteengezet bevat een declaratie alleen diagnose-informatie op hoofdgroepniveau in uitsluitend de langdurige behandeltrajecten. Details over het persoonlijke leven die de patiënt tijdens de behandeling aan de psychiater toevertrouwt, die mogelijk schaamtevol en daarmee privacygevoelig zijn, blijven ook in het huidige declaratiesysteem binnen de behandelrelatie en maken geen deel uit van de diagnose-informatie die door een zorgaanbieder aan een zorgverzekeraar dient te worden verstrekt.

De NZa is dan ook van mening dat het vermelden van de DBC-prestatiecode op de declaratie niet in de weg staat aan het door bezwaarmakers gestelde instrumentele karakter van de medische privacy. De NZa heeft in het voorgaande reeds gewezen op de maatregelen die de zorgverzekeraars hebben genomen om de medische privacy bij de declaratieverwerking te waarborgen.

De NZa is, evenals de branche- en belangenorganisaties, van mening dat het zorgvuldig gebruik van deze privacygevoelige informatie voldoende is geborgd. In dat verband is nog het volgende van belang. De Zvw biedt geen wettelijke grondslag voor het doorbreken van het medisch beroepsgeheim van zorgaanbieders ten behoeve van de uitvoering van aanvullende zorgverzekeringen. Daartoe is artikel 68a in de Wmg opgenomen. Zoals hiervoor reeds is overwogen kan op grond van het vierde lid van artikel 68a slechts bij ministeriële regeling (en dus niet door de NZa) worden bepaald hoe de verwerking van persoonsgegevens als bedoeld in het eerste en tweede lid van dat artikel dient plaats te vinden. Ook overigens biedt de Wmg de NZa geen wettelijke bevoegdheid de zorgverzekeraars voorschriften te geven over de wijze waarop zij persoonsgegevens in hun bedrijfsuitoefening dienen te verwerken.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
22 van 23

Zelfbetalende patiënten in de GGZ

Het CBb heeft overwogen dat bij patiënten die hun behandeling zelf betalen en niet achteraf declareren bij hun zorgverzekeraar, de zorgverzekeraar geen belang heeft bij vermelding van diagnose-informatie op de declaratie. Het CBb is van oordeel dat de NZa in beroep niet duidelijk heeft kunnen maken welk (ander) belang daarmee is gediend.

De NZa onderschrijft het oordeel dat bij patiënten die er bewust voor kiezen hun nota zelf te betalen en niet later alsnog bij hun zorgverzekeraar declareren, het belang van de beschikbaarheid van diagnose-informatie voor met name de zorginkoop- en controletaak van de zorgverzekeraars ontbreekt. Wel laat de keuze van de patiënt om de declaratie van de zorgaanbieder voor eigen rekening te nemen diens belang bij een transparante declaratie onverlet. De NZa heeft belanghebbenden op de hoorzitting verzocht hun standpunt over zelfbetalende patiënten kenbaar te maken en heeft deze standpunten meegewogen bij het navolgende.

De NZa is van oordeel dat de medische privacy en het medisch beroepsgeheim niet nopen tot het schrappen van de verplichting diagnose-informatie op de nota te vermelden. Indien de patiënt er voor kiest de behandeling zelf te betalen en niet te declareren aan de zorgverzekeraar, kan de nota rechtstreeks aan de patiënt worden gezonden of desgewenst worden overhandigd, waarna de patiënt de rekening betaalt aan de behandelaar. Een schending van het beroepsgeheim of de medische privacy doet zich in dat geval niet voor, omdat de medische gegevens tussen de patiënt en de behandelaar blijven en zonder medewerking van de patiënt zelf, niet ter kennis komen van derden. Evenmin staat dit in de weg aan de voor het welslagen van de behandeling noodzakelijke vertrouwelijkheid tussen patiënt en behandelaar.

Kenmerk
rdok/802/bbb/11/826

Pagina
23 van 23

De NZa heeft voorts in het algemeen consumentenbelang meegewogen dat in het maatschappelijk verkeer gebruikelijk is op de nota te vermelden voor welke prestaties kosten in rekening worden gebracht. De patiënt heeft er recht op te weten welke kosten aan een behandeling verbonden zijn en dient zich ervan te kunnen vergewissen dat hij daarvoor het juiste tarief betaalt. Ook om die reden dient de verplichte vermelding van de DBC-prestatiecode op de nota gehandhaafd te blijven.

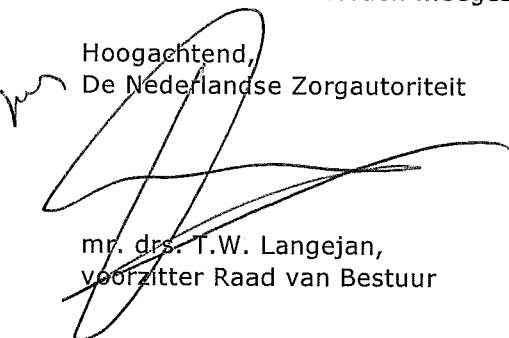
Zoals hiervoor reeds is overwogen is de NZa van mening dat de bezwaren die zijn gericht tegen de verplichting diagnose-informatie aan te leveren aan DIS bij de onderhavige beslissing buiten beschouwing kunnen blijven, omdat deze verplichting niet voortvloeit uit de bestreden tariefbeschikking.

Voor zover de bezwaren betrekking hebben op formele gebreken aan de bestreden besluiten zijn deze in de beslissing op bezwaar hersteld. Ook in hetgeen overigens is aangevoerd ziet de NZa geen aanleiding de bestreden besluiten te herzien.

Gelet op het voorgaande heeft de NZa besloten om de bezwaren ongegrond te verklaren.

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit



mr. drs. T.W. Langejan,
voorzitter Raad van Bestuur