

## **Managementsamenvatting: DBC-GGZ declaratiestructuur onder de Zorgverzekeringswet**

De mate waarin diagnose-informatie uitgewisseld mag worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar is een vraag waar zorgvuldig mee om moet worden gegaan. Het raakt immers de kern van de privacy van de cliënt. Tegelijkertijd is besloten dat de geneeskundige GGZ per 1 januari 2007 wordt overgeheveld naar een stelsel, waarin zorgverzekeraars andere rollen toebedeeld hebben gekregen dan dat de zorgkantoren onder de AWBZ vervulden. De invulling van deze nieuwe rol van de verzekeraar moet waarborgen dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg (specifiek de GGZ-zorg) op de lange termijn behouden blijft. De nieuwe verantwoordelijkheden leiden ook tot een andere informatiebehoefte van de zorgverzekeraar. Deze informatiebehoefte moet gewogen worden ten opzichte van de bescherming van de privacy van de cliënt. Het ministerie van VWS heeft in onderliggende notitie getracht dit te beschrijven en daarbij een complete afweging te maken van de subsidiariteit en proportionaliteit van de benodigde gegevens. Het privacyrecht en de wettelijke regeling van het medische beroepsgeheim brengen met zich mee dat verstrekking van diagnose-informatie alleen mogelijk is, wanneer dit noodzakelijk is. Alleen in die gevallen waar de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer als gevolg van het op de declaratie vermelden van diagnose-informatie niet onevenredig is in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel, en dit doel niet op een voor de patiënt/verzekerde minder nadelige wijze kan worden bereikt, wordt een combinatie van diagnose en behandeling mogelijk gemaakt. Een en ander wordt ondersteund door een adequate - in regelgeving vastgelegde - bescherming van deze gegevens bij de zorgverzekeraar.

Samen met het College Bescherming Persoonsgegevens proberen het ministerie van VWS en partijen tot een oplossing te komen waarbij de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de GGZ gewaarborgd is. En waarbij de juiste prikkels aanwezig zijn om de juiste zorg voor die patiënten te leveren die dat nodig hebben.

De overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw vergt dat de huidige financieringswijze van die zorg wordt aangepast aan de eisen die daaraan in het kader van het nieuwe stelsel worden gesteld. De ontwikkeling van een GGZ-DBC declaratiestructuur vindt dus plaats, in het licht van de door de wetgever gemaakte keuze voor de inrichting van het nieuwe zorgstelsel. De doelen die hiermee samenhangen zijn:

- Bevorderen van vraagsturing;
- Bieden van transparantie in het aanbod van zorg en de daaraan verbonden kosten;
- Bevorderen van kwaliteit;
- Realiseren van aansluiting van de tweedelijns curatieve GGZ bij de somatisch curatieve zorg.

Met de overgang van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet wordt ook in de GGZ overgegaan op prestatiebekostiging. Tevens moet een goed beheer van het basispakket mogelijk worden gemaakt.

In het nieuwe stelsel heeft de patiënt/cliënt de volgende belangen: het ontvangen van goede zorg, het voorkomen van slechte zorg en zorgen voor realistische premies. Zorgverzekeraars moeten in staat zijn juiste zorg voor een goede prijs in te kopen waarbij ze dus prijs en inhoud van zorg met elkaar moeten kunnen vergelijken. Zorgaanbieders zullen doelmatiger gaan werken en betere, meer klantgerichte zorg gaan leveren. Om dit te realiseren zijn er prestatiebeschrijvingen noodzakelijk die voldoen aan een viertal criteria:

- Kostenhomogeniteit
- Medische herkenbaarheid
- Hanteerbaarheid
- Reële tarief/prijsstelling

De Diagnose Behandel Combinatie (DBC) voldoet aan bovenstaande criteria en is mede daarom ook in de geneeskundige GGZ gekozen als prestatiebeschrijving. Met behulp van de DBC kan worden beoordeeld of de gedeclareerde zorg verzekerde zorg betreft, of het juiste tarief wordt gedeclareerd en of het kwalitatief goede zorg betreft. Hiervoor is uitwisseling van diagnose-informatie in het declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar noodzakelijk.

Als gevolg van de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw, zullen verzekeraars de risicodragende uitvoering van deze nieuwe Zvw-aanspraken ter hand nemen. Dat betekent dat verzekeraars de door GGZ-aanbieders verrichte prestaties zullen vergoeden op individueel cliëntniveau. Dat is inherent aan verzekeren. Om dat te kunnen doen, moet de verzekeraar beschikken over een aantal gegevens, te weten:

- is de prestatie geleverd aan mijn verzekerde?
- welke prestatie is er precies geleverd?
- is de geleverde prestatie verzekerd?
- door wie is de prestatie geleverd (en heeft de verzekeraar daarmee een contract)?
- wat is het gedeclareerde tarief en voldoet dat tarief aan de wet of gemaakte afspraak?
- was de geleverde prestatie aangewezen, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde?

De mate waarin zorgverzekeraars deze gegevens nodig hebben, kan niet los worden gezien van de ontwikkelingen in de GGZ sector. Enerzijds betreft het de ontwikkeling van het DBC instrumentarium dat ontworpen is door een landelijke expertgroep op grond van daadwerkelijk geregistreerde DBCs, aangeleverd door koploper-instellingen (CGAO). De komende jaren zal er door meer beschikbare data een steeds beter onderbouwde DBC-structuur ontstaan. Anderzijds is ook rekening gehouden met de plaats van de GGZ in de maatschappij. Hoewel het ministerie van mening is dat er principieel geen verschil is tussen geneeskundige GGZ en somatische ziekenhuiszorg is er wel oog voor de constatering dat in zijn algemeenheid meer schaamte bestaat over een psychische dan over een somatische klacht.

Om beide redenen is het voorstel in deze notitie derhalve per definitie een tijdelijk voorstel. Er is sprake van een ingroejtraject.

De vraag of verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is in de zin van de Wbp, moet worden beantwoord in het licht van de taken en verantwoordelijkheden die zorgaanbieders, verzekeraars en andere uitvoerders hebben in het stelsel. Het antwoord op die vraag luidt dat verzekeraars ten behoeve van de formele en materiële controle en fraudeonderzoek diagnosegegevens op persoonsniveau nodig hebben daar waar de tariefsdifferentiatie op grond van een combinatie van diagnoses en gebruikelijke behandeling een onderscheidend vermogen hebben. De zorgverzekeraars hebben voor zorginkoop en de uitvoering van de no-claimregeling geen diagnose-informatie op persoonsniveau nodig. Ook de keuze van een individuele verzekeraar om al dan niet een DBC onder het eigen risico te brengen, is niet evenredig, en kan daarom zelfstandig niet als reden gelden om diagnose-informatie op persoonsniveau mogelijk te maken. Dit leidt tot een voorstel, waarin - in vergelijking met de ziekenhuiszorg - een zeer grofmazig gebruik van GGZ-diagnose-informatie in het declaratieverkeer tussen aanbieder en verzekeraar wordt bepleit. Bij de kortdurende ambulante trajecten en klinische trajecten is dit onderscheidend vermogen nog niet aangetoond en vindt er geen diagnose-informatie overdracht plaats tussen aanbieder en zorgverzekeraar op persoonsniveau. Bij de lang ambulante trajecten is dit wel aangetoond en dient derhalve voor de formele en materiële controle en fraude-onderzoek diagnose-informatie op persoonsniveau uitgewisseld te worden. In het Addendum en de vigerende gedragscode is wettelijk vastgelegd op welke zorgvuldige wijze er bij zorgverzekeraars met de verstrekte informatie moet worden omgegaan.

## Overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet en de ontwikkeling van een GGZ-DBC declaratiestructuur

Deze notitie gaat in op de vraag welke eisen gesteld worden aan de inhoud van GGZ-declaraties, gelet op de wettelijk geregelde overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en gelet op het stelsel van gereuleerde marktwerking in relatie tot het privacyrecht en het medisch beroepsgeheim. Het privacyrecht en de wettelijke regeling van het medische beroepsgeheim brengen met zich mee dat verstrekking van diagnose-informatie alleen mogelijk is, wanneer dit noodzakelijk is. Met andere woorden, wanneer wordt voldaan aan de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Alleen in die gevallen waar de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer als gevolg van het op de declaratie vermelden van diagnose-informatie niet onevenredig is in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel, en dit doel niet op een voor de patiënt/verzekerde minder nadelige wijze kan worden bereikt, wordt een combinatie van diagnose en behandeling mogelijk gemaakt. Een en ander wordt ondersteund door een adequate - in regelgeving vastgelegde - bescherming van deze gegevens bij de zorgverzekeraar.

Wat de somatische zorg betreft, is in de Regeling zorgverzekering bepaald dat de zorgaanbieder de DBC-prestatiecode vermeldt op de declaratie die hij aan de verzekerde of aan de verzekeraar zendt. Als gevolg hiervan ontvangt de verzekeraar diagnosegegevens.<sup>1</sup>

Die uitwerking voor de somatische zorg vloeide voort uit de daarover met het CBP (en ZN en KNMG) bereikte overeenstemming, waarover de minister van VWS de Tweede Kamer heeft geïnformeerd in zijn met partijen afgestemde brief van 23 september 2005.<sup>2</sup> Daarin wordt uiteengezet waarom vermelding van de DBC op de declaratie noodzakelijk is in de zin van de Wbp, en wordt vastgesteld dat de regeling van de privacybescherming in het kader van het declaratieverkeer voldoet aan de eisen die daaraan gesteld moeten worden. Verder wordt in deze brief de CBP-zienswijze dat de te ontwikkelen GGZ-DBCs niet zulke gedetailleerde informatie zullen geven als de huidige DBCs in de curatieve zorg, door de minister onderschreven. Daaraan is gekoppeld de vaststelling dat de prestatiebeschrijving, net als andere DBCs, een adequaat inzicht geeft in de activiteiten van de zorgaanbieder, en dat beide perspectieven in overleg met partijen met elkaar in evenwicht moeten worden gebracht.

Ten behoeve van de overheveling en de invoering van prestatiebekostiging op grond van DBCs wordt in deze notitie de afweging tussen beide perspectieven inzichtelijk gemaakt. Het gaat daarbij om verschillende belangen van de verzekerde/patiënt. Het enten van prestatiebekostiging op medisch herkenbare producten op grond van diagnose-informatie levert vergelijkbaarheid op ten behoeve van het inrichten van zorgprocessen door zorgaanbieders, het contracteren van de juiste vormen van zorg met daaraan gekoppelde kwaliteitscriteria, het beschermen van de patiënt tegen onjuiste vormen van zorg en het vergelijken van zorg op kwalitatieve gronden. Dit is in het directe belang van de kwaliteit van de te ontvangen zorg en de juiste premiestelling van de verzekerde. Naast dit belang van de patiënt/verzekerde staat het belang van waarborgen op bescherming van de privacy. In deze notitie wordt de wijze waarop deze belangen zich tot elkaar verhouden, beschreven. Zoals gezegd, leidraad daarbij zijn de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit, die in het privacyrecht een belangrijke rol vervullen.

### *Leeswijzer*

De notitie vangt aan met een algemene beschrijving in paragraaf 1 over de verhouding tussen de declaratiestructuur en het privacyrecht. In paragraaf 2 wordt stil gestaan bij de huidige wijze van bekostigen en financieren van de geneeskundige GGZ en de relatie tot de huidige declaratiestructuur. Het privacyrecht en medisch beroepsgeheim worden in paragraaf 3 in de

<sup>1</sup> Tussen het ministerie van VWS en het CBP zijn afspraken gemaakt over de vergroving van deze diagnose-informatie in de somatische zorg.

<sup>2</sup> Kamerstukken II, 2005/06, 29 689, nr. 17.

context geplaatst van de doelstellingen die met het nieuwe zorgstelsel worden nagestreefd, en de keuzes die daarbij al zijn gemaakt. In paragraaf 4 wordt gedetailleerd ingegaan op de centrale rol die de prestatiebeschrijving in de zorg en het nieuwe zorgstelsel speelt. In paragraaf 5 wordt beschreven welke gegevens verzekeraars nodig hebben ten behoeve van het beoordelen of zij tot vergoeding kunnen overgaan. Kortom, het beschrijft de declaratiestructuur onder het nieuwe zorgstelsel. In de bijlage is dit uitgewerkt per taak van de verzekeraar. In paragraaf 6 wordt dit toegespitst op de GGZ. In deze paragraaf wordt een voorstel gedaan voor de declaratiestructuur voor de GGZ, waarbij rekening is gehouden met enerzijds de fase van ontwikkeling van de DBC-structuur. En anderzijds de plaats van de GGZ in de maatschappij. In paragraaf 7 wordt ingegaan op de verhouding tussen GGZ en de somatische ziekenhuiszorg. In paragraaf 8 worden de huidige waarborgen inzake de bescherming van persoonsgegevens door verzekeraars beschreven. Paragraaf 9 gaat in op de relatie van het privacyvraagstuk en de toegang tot de zorg.

Tot slot, deze notitie is besproken met betrokken patiëntenvereniging, brancheverenigingen en beroepsgroepen.

## 1. Verhouding tussen declaratiestructuur en privacy

De basis voor het privacyrecht vormt artikel 8, tweede lid, van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM). Dat artikel verbiedt het verstrekken van persoonsgegevens, tenzij:

- a. de betrokkene hiervoor toestemming heeft gegeven, of
- b. dit bij of krachtens wet is toegestaan en dit bovendien noodzakelijk is voor bepaalde in art. 8 EVRM genoemde doelen.

Volgens de jurisprudentie houdt het woord 'noodzakelijk' in dat een dwingende maatschappelijke behoefte aan de orde is en dat de maatregel evenredig is aan het met die maatregel nagestreefde legitieme doel. Van evenredigheid is slechts sprake indien én aan het proportionaliteitsbeginsel én aan het subsidiariteitsbeginsel wordt voldaan. Het proportionaliteitsbeginsel houdt in dat de inbreuk op de belangen van de bij de verwerking van persoonsgegevens betrokkene niet onevenredig mag zijn in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel. Het subsidiariteitsbeginsel houdt in dat het doel waarvoor de persoonsgegevens zouden moeten worden verwerkt in redelijkheid niet op een andere, voor de betrokkene minder nadelige wijze, kan worden verwekelijkt. Bij de beoordeling van de noodzaak tot verwerking van persoonsgegevens mogen doelmatigheidsoverwegingen, gezien het subsidiariteitsbeginsel, geen directe rol spelen. Anders gezegd: men mag niet voor een inbreuk makende oplossing kiezen louter op grond van het feit dat deze doelmatiger is dan een oplossing waarbij de privacybelangen van de betrokkenen wél gerespecteerd worden. Indien een oplossing die de privacy volledig respecteert zo ondoelmatig uitpakt, dat deze in redelijkheid niet kan worden gevegd, kan een iets minder privacyrespecterende oplossing wel aan het subsidiariteitsbeginsel voldoen, en kan van een noodzaak tot verwerking worden gesproken.

Dat betekent dat bij de aanwijzing van de persoonsgegevens die voor (het door de Wbp erkende) doel a verwerkt mogen of moeten worden, telkens zal moeten worden beargumenteerd waarom het noodzakelijk is juist deze persoonsgegevens te verwerken. Daarbij zal ook moeten worden beargumenteerd waarom aan het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel wordt voldaan. Voor medische persoonsgegevens geldt een nog strenger regime. Artikel 21 Wbp bevat de personen en doelen waarvoor medische persoonsgegevens mogen worden verwerkt. Voorzover deze voor het DBC-beleid van belang kunnen zijn, luiden deze:

- a. zorgaanbieders mogen medische persoonsgegevens verwerken (waaronder dus verstrekken) voor zover dat noodzakelijk is voor het beheer van de desbetreffende aanbieder;
- b. verzekeraars mogen medische persoonsgegevens verwerken voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst;
- c. bestuursorganen of instellingen die te hunnen behoeve werkzaam zijn mogen medische gezondheidsgegevens verwerken voor zover dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften die voorzien in aanspraken die afhankelijk zijn van de gezondheidstoestand van de betrokkene.

Uit het bovenstaande vloeit voort dat de vraag of verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is in de zin van de Wbp, moet worden beantwoord in het licht van de taken en verantwoordelijkheden die zorgaanbieders, verzekeraars en andere uitvoerders hebben in het stelsel. Als bijvoorbeeld gekeken wordt naar het huidige bekostigingsmodel van de GGZ-instellingen, zou verstrekking van diagnose-informatie aan de zorgkantoren in dat model geen legitiem doel dienen, en niet voldoen aan het noodzakelijkheidsvereiste. Bij een andere vormgeving vindt het noodzakelijkheidsvereiste toepassing binnen de gewijzigde doelen. Anders gezegd: de privacy-wetgeving strekt er niet toe om op voorhand te bewerkstelligen dat wordt afgezien van systeemveranderingen die de privacy zwaarder belasten. Ter illustratie kan dienen hetgeen in de toelichting bij de Regeling zorgverzekering dienaangaande is opgemerkt: "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 sturingssysteem 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 sturingssysteem van de overheid zijn eigen behoefte aan detaillering van declaratie-informatie. De informatiebehoefte en sturingssysteem 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.”

## **2. Huidige declaratiestructuur voor de geneeskundige GGZ**

De bekostiging van de per 1-1-2007 vanuit de AWBZ naar de Zvw over te hevelen GGZ verloopt op dit moment zo, dat GGZ-zorgaanbieders maandelijkse geaggregeerde productie-overzichten aanleveren aan de zorgkantoren, op basis van door het CTG gedefinieerde producten. Op deze overzichten geeft de zorgaanbieder aan welke producten die maand zijn geleverd. Deze overzichten bevatten geen persoonsgegevens. Er wordt niet gespecificeerd aan wie de behandeling is geleverd. Wat de specificatie van de prestatie betreft, geeft het overzicht alleen inzicht in het type behandeling (bijvoorbeeld dagbehandeling, face-to-face-contacten). De zorgaanbieder stuurt het overzicht naar het eigen zorgkantoor in de regio waar de zorgaanbieder is gevestigd. Vervolgens draagt het zorgkantoor zorg voor betaling - via het Centraal Administratie Kantoor (CAK) - van de bij de verrichtingen behorende tarieven aan de zorgaanbieder. Dat loopt zo: jaarlijks maken de zorgkantoren productie-afspraken met de GGZ-aanbieders. Op basis daarvan wordt een budget vastgesteld. Maandelijks geeft het zorgkantoor het CAK opdracht om ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten 1/12 deel van het budget aan de zorgaanbieder over te maken. Als uit de tot een jaaroverzicht bewerkte maandoorzichten blijkt dat de zorgaanbieder minder productie heeft geleverd dan was afgesproken, wordt het budget over die periode evenredig verlaagd. Heeft de zorgaanbieder meer productie geleverd, dan wordt het budget niet bijgesteld, maar zal de instelling het daarmee moeten doen.

Hierna wordt aan de hand van een fictieve casus geschetst welke gegevens in de huidige situatie worden uitgewisseld. Daaruit blijkt dat de huidige declaratiestructuur te weinig inzicht geeft in de activiteiten van zorgaanbieders en de wijze waarop deze zich verhouden tot de (doelmatigheid van) prestaties van andere zorgaanbieders.

De heer Jansen heeft last van stemmingswisselingen, impulsiviteit, gevoel van leegte en heeft een zelfmoord poging gedaan. Via zijn huisarts wordt hij verwezen naar een psychotherapeut. Hij wordt in behandeling genomen, dit betekent dat eerst in een 4-tal gesprekken wordt gekeken wat er precies aan de hand is. De psychotherapeut stelt vast dat het om een borderline/persoonlijkheidsstoornis gaat. De psychotherapeut stuurt een A-formulier richting zorgkantoor met daarop melding aanvang zorg (zonder diagnose informatie) Op het B-formulier (indicatieformulier) geeft de psychotherapeut aan of de patiënt in behandeling zou moeten worden genomen en wat zijn problemen zijn. Dit formulier wordt aan een toetsingscommissie voorgelegd. Deze toetsingscommissie beslist positief. De heer Jansen kan verder in behandeling worden genomen. Vanwege de pakketmaatregel heeft de heer Jansen in beginsel recht op 25 zittingen, echter omdat er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis kan dit opgehoogd worden naar 50. Hiervoor moet de psychotherapeut bij het zorgkantoor vóór de 20<sup>ste</sup> zitting wel melding maken van het feit dat er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis bij de heer Jansen. (V-formulier) Afhankelijk van het zorgkantoor wordt er nog meer informatie verlangd.

Als gevolg van de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw, zullen verzekeraars de risicodragende uitvoering van deze nieuwe Zvw-aanspraken ter hand nemen. Dat betekent dat verzekeraars de door GGZ-aanbieders verrichte prestaties zullen vergoeden op individueel cliëntniveau. Dat is inherent aan verzekeren. Om dat te kunnen doen, moet de verzekeraar beschikken over een aantal gegevens, te weten:

- is de prestatie geleverd aan mijn verzekerde?
- welke prestatie is er precies geleverd?
- is de geleverde prestatie verzekerd?
- door wie is de prestatie geleverd (en heeft de verzekeraar daarmee een contract)?
- wat is het gedeclareerde tarief en voldoet dat tarief aan de wet of gemaakte afspraak?
- was de geleverde prestatie aangewezen, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde?

Omdat de huidige informatiestroom van zorgaanbieders naar zorgkantoren deze gegevens niet bevat, heeft het geen enkele zin die stroom af te buigen naar de verzekeraars en verder alles bij het oude te laten. De overheveling naar de Zvw brengt met zich mee dat dan ook de informatievoorziening daarop moet zijn geënt. Voorts wordt, zoals verderop in deze notitie wordt beschreven, het concept van aanbodsturing/ budgetfinanciering verlaten. Ook om die reden is herziening van de declaratiestructuur noodzakelijk. In de volgende paragraaf worden het privacyrecht en medisch beroepsgeheim in de context geplaatst van de doelstellingen die met het nieuwe zorgstelsel worden nagestreefd, en de keuzes die daarbij al zijn gemaakt.

### **3. Het nieuwe zorgstelsel en de Zorgverzekeringswet**

De invoering van de Zvw staat niet op zichzelf, maar is onderdeel van een nieuw concept van sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg. De invoering van de Zvw gaat gepaard met de intrekking van onder meer de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de Wet tarieven gezondheidszorg, en nieuwe wetgeving is/wordt tot stand gebracht (Wet toelating zorginstellingen, Wet marktordening gezondheidszorg). Daarnaast zijn belangrijke stappen gezet naar prestatiebekostiging in de gezondheidszorg.

Het zorgstelsel ontwikkelt zich van een door de overheid gereguleerd stelsel met een sterke nadruk op aanbodsturing, naar een meer vraaggestuurd en decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde marktwerking, waarin verzekeraars, zorgaanbieders en burgers/verzekerden elkaar op de zorgmarkt ontmoeten. Om hun nieuwe rol goed te kunnen vervullen hebben deze partijen meer vrijheid nodig, en ook gekregen.

Zorgverzekeraars moeten in staat zijn om voor een goede prijs juiste zorg in te kopen bij een zorgaanbieder en daarbij met andere verzekeraars kunnen concurreren om de gunst van de verzekerde. De verzekeraar kan in het nieuwe stelsel door de acceptatieplicht de kosten niet meer beheersen door risicoselectie, maar zal zich in plaats daarvan veel meer richten op het contracteren van goede zorg. Om zijn wettelijke zorgplicht ten opzichte van zijn verzekerden waar te kunnen maken en om zijn verzekerden aan zich te binden zal de verzekeraar een goede prijs/prestatieverhouding bij zorgaanbieders willen bedingen.

Om op de zorginkoopmarkt (die geleidelijk geliberaliseerd wordt) slagvaardig te kunnen opereren, is een goede maatstaf om prijs en inhoud van te zorg met elkaar te kunnen vergelijken, onontbeerlijk. Zonder transparantie op de markt kunnen evenwichtige onderhandelingen tussen vraag en aanbod niet tot stand komen. De transparantie op de markt wordt bewerkstelligd door prestatiebekostiging. Voorts moeten verzekeraars kunnen controleren of daadwerkelijk aanspraak bestaat op ten laste van de verzekering gebrachte vergoedingen; van de betreffende prestatie moet kunnen worden vastgesteld dat daarvoor verzekeringsdekking bestaat. Hierbij moet controle mogelijk zijn op zorg die expliciet in het basispakket is uitgesloten en op niet gebruikelijke zorg.

Zorgaanbieders zullen hun budgetzekerheid, en daarmee hun bestaanszekerheid, verliezen. Dat is gewenst, want die bestaanszekerheid belemmert kostenbewust en doelmatig handelen, en potentiële productiviteitsverbeteringen worden daardoor niet gerealiseerd. Overigens bestaan er inmiddels op het gehele terrein van de GGZ richtlijnen waarin optimale zorg voor psychische stoornissen worden beschreven die de aanbieder/ behandelaar volgens de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst) en de wet BIG (Beroepen in de individuele gezondheidszorg) moeten overwegen bij een individuele patiënt. Er mag (en indien nodig moet) van de richtlijnen gemotiveerd afgeweken worden. Om de kwaliteit van de GGZ te kunnen onderzoeken zal de verzekeraar informatie moeten ontvangen over de diagnose en hieraan gekoppelde behandeling neergelegd in richtlijnen.

Zorgaanbieders zullen als gevolg van de invoering van de Zvw en prestatiebekostiging ervaren dat verzekeraars hogere eisen gaan stellen aan hun contracten met zorgaanbieders. Zorgaanbieders zullen ook in sterkere mate onderling gaan concurreren. Prestatiebekostiging, met behulp van DBCs, houdt in dat zorgaanbieders worden afgerekend op geleverde prestaties. Zorgaanbieders moeten hun bedrijfsvoering gaan inrichten op wat ze verdienen met de verkoop van zorgdiensten. Het risico op een lager dan begroot volume van geleverde diensten komt bij de instelling te liggen. Meer verantwoordelijkheid betekent ook zelf de gevolgen van beslissingen dragen. Permanent slecht presterende instellingen kunnen niet overleven. Prestatiebekostiging levert dan ook sterkere doelmatigheidsprikkels voor instellingen, en draagt bij aan het bereiken van betere onderlinge vergelijkbaarheid van zorgdiensten en het kunnen afrekenen op die prestaties (ook zonder liberalisering van prijzen). Door prestatiebekostiging krijgen instellingen meer belang bij marktconform werken en bij het leveren van meer productie. Verzekeraars zorgen voor de balans omdat zij de zorg inkopen.

Verzekerden hebben drie belangen in het stelsel. Ten eerste eisen zij van verzekeraars om kwalitatief goede en voldoende zorg te contracteren tegen de meest gunstige prijs/prestatieverhouding ten behoeve van een zo laag mogelijke premie. Ten tweede eisen zij van zorgaanbieders veilige, bewezen behandelmethoden en hulp binnen afzienbare tijd. En ten derde eisen zij nota's die zo dicht mogelijk aansluiten bij de door hen genoten zorg, waarbij een eenduidige en controleerbare beschrijving een belangrijk element is.

Wil een *verzekeraar* aan deze eisen kunnen voldoen dan is hij enerzijds gedwongen om specifieke zorg in te kopen daar waar zijn verzekerdenbestand hierom vraagt. Een voorbeeld hiervan is een verzekeraar met een speciale regeling voor diabetespatiënten. De verzekeraar zal gerelateerd aan het ziektebeeld aparte afspraken willen maken met zorgaanbieders. Deze ontwikkeling naar 'vraaggerichte' zorg verzekeren wordt versterkt door het instrument van



collectieve verzekeringen en de gewenste ontwikkeling van ketenzorg, waarin ook patiënten met chronische ziektebeelden de basis gaan vormen voor prestatiebeschrijvingen. Verder is inherent aan 'verzekeren' dat de vergoeding van verzekerde prestaties door verzekeraars moet plaatsvinden op het niveau van de individuele verzekerde, op basis van de kosten van de betreffende prestatie.

Voor *zorgaanbieders* geldt spiegelbeeldig hetzelfde. De organisatie van de zorg is zich ten gunste van de patiënt aan de ene kant functioneel aan het herinrichten op grond van verwachte patiënten met bepaalde ziektebeelden (zoals zorgprogramma's voor angst, depressie, ADHD, schizofrenie). Aan de andere kant vindt binnen het zorgaanbod een specialisatie plaats inzake kennisintensieve zorg. Ook zullen patiënten(verenigingen) in de toekomstige prestatiebekostiging via de verzekeraars kwalitatieve eisen rondom bepaalde psychische stoornissen – gekoppeld aan de contractering – gaan stellen aan zorgaanbieders.

#### 4. Prestatiebeschrijvingen

Bovenstaande kan slechts invulling krijgen als de zorg op juiste wijze beschreven is in een prestatiebeschrijving. Wil de prestatiebeschrijving een belangrijke spilfunctie kunnen vervullen in de zorg, en willen zorgverzekeraars over de zorginkoop met zorgaanbieders kunnen onderhandelen, dan moeten aan de prestatiebeschrijving de volgende eisen worden gesteld:

- **Kostenhomogeniteit:** bekostiging moet in verband staan met de daaraan gekoppelde werkelijke kosten. De geleverde prestaties moeten derhalve eenduidig en onderling vergelijkbaar zijn en een element van (zorginhoudelijke) normering in zich bergen. Dit is van belang voor de behandelaar/instelling én de patiënt.
- **Medische herkenbaarheid:** de medische herkenbaarheid wordt bepaald door het hanteren van een uniforme wijze van diagnosestelling. Dit is een abstractie van het individuele geval. Medisch herkenbare prestatiebeschrijvingen zorgen er voor dat de vergelijking van behandelingen die cliënten ontvangen mogelijk wordt. Daardoor worden ook de verschillen tussen aanbieders transparant en kunnen aanbieders en verzekeraars prestatieafspraken maken over kwaliteit van zorg en controles uitvoeren op het verzekerde pakket.
- **Hanteerbaarheid:** het aantal prestatiebeschrijvingen moet ten behoeve van de bekostiging hanteerbaar zijn.
- **Reële tariefs/prijsstelling:** tarieven en prijzen zijn in zekere zin altijd een gemiddelde van de werkelijke kosten gemaakt bij één patiënt. Deze gemiddelden moeten echter zo gekozen worden dat er sprake is van reële tarieven.

*Welke plaats nemen de DBCs in dit concept in?*

Kenmerkend voor de DBC systematiek is dat wordt beoogd dat zorgaanbieders met elkaar vergelijkbaar worden. Het gaat daarbij in de eerste plaats om het karakteriseren/definiëren van behandelpatronen. Uitgaande van diagnoses en behandelpatronen is het mogelijk om zorgverleners te gaan vergelijken. Het definiëren van een (beperkt) aantal behandelingen maakt het mogelijk om te toetsen of de ene zorgverlener bij een bepaalde diagnose veel vaker op een andere behandeling uitkomt dan een andere zorgverlener.

Deze systematiek heeft alleen bestaansrecht als op basis van onderzoek er daadwerkelijk bepaalde systematische verbanden kunnen worden geconstateerd tussen bepaalde diagnoses en daarbij behorende vormen van behandeling.

Het wezen van DBCs is gelegen in het bestaan van een systematische samenhang tussen diagnose en een (beperkt) aantal behandelingen. De diagnose en de behandeling bepalen de kosten (uitgedrukt in prijs of tarief). Op een nota naar een verzekeraar doet een zorgverlener daarvan verslag. Aan de hand van de nota moet worden kunnen nagegaan of het juiste tarief wordt gedeclareerd, of de zorg binnen het verzekerde pakket valt en of de kwaliteit van de zorg voldoet. Een verzekeraar wordt door de zorgverlener geïnformeerd over de unieke combinatie

van diagnose, de behandeling en de prijs/tarief. De verzekeraar betaalt een bepaalde afgesproken prijs of vastgesteld tarief voor een bepaalde geleverde behandeling die voortvloeit uit een bepaalde diagnose (oorzaak) bij een verzekerde. Van de specificiteit van een diagnose is afhankelijk of dit leidt tot onderscheidende behandelingen en onderscheidende prijzen/tarieven. Leiden specifiekere diagnoses tot dezelfde behandelingen en gelijke kosten dan hoeven deze diagnoses niet te worden uitgesplitst in het declaratieverkeer tussen zorgaanbieder en verzekeraar. De verzekeraar kan bijvoorbeeld voor het bepalen van zijn marktpositie informatie over deze specifiekere diagnoses wel wenselijk vinden. Deze informatie hoeft echter niet herleidbaar tot een verzekerde beschikbaar te zijn voor de verzekeraar maar kan op groepsniveau (bijvoorbeeld uit het DBC Informatiesysteem) verstrekt worden.

De DBCs zijn dus ook de 'taal' voor besluiten over het basispakket onder de Zvw. De DBCs dienen ten behoeve van taken van het College voor zorgverzekeringen op voldoende detailniveau onderscheidend te zijn. Dit werkt door in de taken van de verzekeraar die mede moet toetsen op verzekeraarbaarheid. Zoals eerder aangegeven bestaan er inmiddels op het gehele terrein van de GGZ richtlijnen waarin optimale zorg voor psychische stoornissen worden beschreven. Om de kwaliteit van de GGZ te kunnen onderzoeken zal de verzekeraar informatie moeten ontvangen over de diagnose en hieraan gekoppelde behandeling.

## **5. Declaratiestructuur samenhangend met het nieuwe stelsel**

In paragraaf 2 is aangegeven dat een verzekeraar, voordat hij tot vergoeding over kan gaan, een aantal vragen moet kunnen beantwoorden. Concreet betekent dit voor de uitvoering van de zorgverzekering dat aan de nota die de verzekeraar van de zorgaanbieder ontvangt, de volgende eisen moeten worden gesteld, samen te vatten in de vijf P's:

- Producent: duidelijk moet zijn welke zorgaanbieder of zorgverlener zorg heeft geleverd;
- Patiënt: ten behoeve van welke patiënt c.q. verzekerde;
- Product: nota dient op eenduidige en uniforme wijze inzichtelijk maken welke prestatie is geleverd;
- Periode: over welke periode is de zorg geleverd (openingsdatum en sluitingsdatum)
- Prijs: het daarvoor gedeclareerde tarief of prijs;

Een belangrijke vraag hierbij is, of het bezien vanuit het privacyrecht en de regeling van het medisch beroepsgeheim toelaatbaar is aan de prestatiebeschrijving onderscheidend vermogen te verlenen door daaraan diagnose-informatie toe te voegen, of dat dit uitgesloten moet worden geacht beredeneerd vanuit de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit.

Het antwoord op die vraag luidt: dat hangt ervan af of de verzekeraar voor het traject van formele controle, materiële controle, zorginkoop, fraude-onderzoek, en vaststelling eigen risico en no-claim, diagnose-informatie noodzakelijk is, en zo ja op welk niveau. In privacy-termen: of de daarmee gepaard gaande inbreuk op de persoonlijke levenssfeer proportioneel is, en of het met de verwerking te dienen doel niet op een voor de burger minder nadelige wijze kan worden bereikt. In de bijlage is beargumenteerd dat in het geval dat de diagnose onderscheidend vermogen heeft met betrekking tot de behandeling en de daarmee samenhangende prijs/tarief de verzekeraar die diagnose-informatie, voor uitvoering van genoemde taken, nodig heeft en dat er binnen het concept van prestatiebekostiging met DBCs geen minder belastend alternatief voorhanden is. De omschrijving van de prestatie op de nota moet onderscheidend vermogen hebben wanneer dat noodzakelijk is om te kunnen toetsen of het juiste tarief is gedeclareerd, om materiële controle en fraude-onderzoek te kunnen verrichten wanneer dat noodzakelijk is (en daartoe voldoende specifiek zijn).

In het kader van materiële controle moet vastgesteld kunnen worden of de feitelijk geleverde prestatie en de gedeclareerde prestatie overeenkomen; hiervoor is een helder verband tussen de

feitelijk geleverde zorghandelingen en de gedeclareerde prestatie vereist. In de toelichting op de Regeling zorgverzekering wordt hierover gezegd: *'Er moet tenminste een koppeling kunnen worden gelegd tussen de persoon, de verzekerde prestatie, de aan deze geleverde prestatie en het 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.'*

Ook in de ziektekostenverzekering komt misbruik of oneigenlijk gebruik voor. Om enerzijds te voorkomen dat de premie met dergelijke kosten wordt belast en anderzijds de integriteit van de sector te bewaren, bestrijdt de zorgverzekeraar fraude. Voor deze activiteit is, net als voor materiële controle, een één op één verband tussen een specifiek transparant geleverd feitelijk product en de declaratie een noodzakelijk uitgangspunt.

In een fictief voorbeeld hieronder wordt beschreven dat een zorgverzekeraar de verplichte controles niet kan uitvoeren zonder informatie over de gestelde diagnose.

#### *Toetsing door de zorgverzekeraar*

De heer Pieterse heeft last van een angststoornis. Hij gaat naar een GGZ-instelling, die stellen vast dat de heer Pieterse een "angststoornis" heeft en starten de behandeling. Nadat de behandeling is afgesloten, wordt de DBC afgesloten en wordt de DBC gedeclareerd aan de verzekeraar. De verzekeraar krijgt de volgende nota binnen: ten behoeve van de heer Pieterse wordt in rekening gebracht 40.000 euro, namelijk productgroep 33 die bestaat uit 400 behandelingen, vier ligdagen in de kliniek en 50 minuten indirecte tijd (alle getallen en nummers fictief).

#### *Controle op rechtmatigheid*

De verzekeraar is wettelijk verplicht de rechtmatigheid van de nota te beoordelen; kan de instelling betaald worden, omdat er sprake is van een aanspraak in het kader van de Zorgverzekeringswet? Aanspraken zijn onder de Zorgverzekeringswet gedefinieerd als zorg die gebruikelijke is binnen de beroepsgroep. Een verzekeraar kan zonder inzicht in de reden waarom de heer Pieterse is behandeld geen uitspraak doen over de rechtmatigheid van de ingediende nota.

#### *Materiële controle*

De verzekeraar moet tevens de doelmatigheid en kwaliteit van de behandeling beoordelen. Wederom geldt dat als er geen inzicht is in de reden van behandeling de zorgverzekeraar niet weet ter oplossing van welk probleem er 40.000 euro in rekening wordt gebracht. De zorgverzekeraar kan eveneens niet toetsen of er geen andere productgroep ter waarde van bijvoorbeeld 30.000 euro in rekening gebracht had moeten worden. Als deze controles niet mogelijk zijn en de instellingen weten dit dan ontstaat daar een reëel risico op een kostenopdrijvend effect (upcoding).

Tot slot, uiteindelijk zal de sector toewerken naar richtlijnen waarbij bijvoorbeeld voor angststoornis van de heer Pieterse de gebruikelijke zorg voor de diagnose angststoornis type 3 een 100-tal behandelingen het maximum aantal uren is dat nog effectief blijkt te zijn.

Om verzekerden de zorg waarvoor zij zich verzekerd hebben te kunnen aanbieden, moet door de zorgverzekeraar voldoende juiste zorg ingekocht worden. De zorgverzekeraar moet daarvoor weten aan welke soort zorg behoefte zal bestaan (*welke DBCs*) en om hoeveel zorg het gaat (*aantallen van deze DBCs*). Deze informatie hoeft echter niet op persoonsniveau bekend te zijn, omdat de zorg voordat een verzekerde er op aangewezen is, wordt ingekocht voor grotere groepen verzekerden (welke + aantallen DBCs is voldoende).

In deze paragraaf is beargumenteerd welke gegevens op de declaratie van zorgaanbieder naar verzekeraar noodzakelijk zijn. In de volgende paragraaf wordt de relatie gelegd naar de GGZ en uitgebreid ingegaan op één onderdeel hiervan, namelijk: de prestatiebeschrijving.

## 6. Opbouw GGZ-DBC declaratiestructuur

De overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw vergt dat de huidige financieringswijze van die zorg wordt aangepast aan de eisen die daaraan in het kader van het nieuwe stelsel worden gesteld. De ontwikkeling van een GGZ-DBC declaratiestructuur vindt dus plaats, in het licht van de door de wetgever gemaakte keuze voor de inrichting van het nieuwe zorgstelsel, zoals in vorige paragrafen beschreven.

De doelen die hiermee samenhangen zijn:

- Bevorderen van vraagsturing;
- Bieden van transparantie in het aanbod van zorg en de daaraan verbonden kosten;
- Bevorderen van kwaliteit;
- Realiseren van aansluiting van de tweedelijns curatieve GGZ bij de somatisch curatieve zorg.

De vraagstelling in deze notitie kan niet los worden gezien van deze ontwikkeling van de GGZ sector. Met die achtergrond is de DBC declaratiestructuur ontworpen door een landelijke expertgroep op grond van daadwerkelijk geregistreerde DBCs, aangeleverd door koploperinstellingen (CGAO). De gegevens zijn op grond van genoemde criteria medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit en hanteerbaarheid geordend in de declaratiestructuur. Het gebruik van deze criteria heeft op dit moment geleid tot een structuur met 92 ambulante productgroepen met een verschillende behandeling met bijbehorend tarief. Dit levert een foto op grond van huidige kennis en inzichten van de sector. Op basis daarvan wordt in het volgende voorstellen gedaan. Daarbij is sprake van een ingroeitraject.

### *Prestatiebeschrijving*

In de voorgaande paragraaf is aangegeven aan welke voorwaarden een prestatiebeschrijving op een nota moet voldoen. In deze paragraaf wordt de prestatiebeschrijving (= prestatiecode) voor de GGZ, zoals deze tot nu toe is ontwikkeld nader toegelicht.

De GGZ prestatiecode bestaat uit de volgende drie elementen: <sup>3</sup>

1. Zorgtype
2. Diagnose
3. Behandeling

### *Ad 1. Zorgtype*

Het zorgtype heeft dezelfde functie in de GGZ als in DBC Zorg. Het registreert de aanleiding van de zorg. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen initiële en vervolg DBCs. In de GGZ worden de volgende zorgtypen onderscheiden:

Initiële zorgtypen<sup>4</sup>

1. Reguliere zorg
2. Eenmalige spoedeisend consult/ crisisinterventie
3. Acute opname
4. Intercollegiaal consult
5. Medebehandeling

---

<sup>3</sup> In de vorige notitie werd hier ook de zorgvraag genoemd. Deze vervalt echter, zoals ook eerder was aangekondigd.

<sup>4</sup> Met het overgaan van de forensische zorg naar Justitie vervallen een aantal zorgtypen.

6. Second opinion
7. Zorg op basis van tertiaire verwijzing
8. Langdurig periodieke controle (bij overname)
9. Bemoezorg
10. Rechtelijke machtiging
11. Inbewaringstelling
12. Terbeschikkingstelling
13. Terbeschikkingstelling met voorwaarden
14. Strafrechtelijke machtiging
15. Ondertoezichtstelling

#### Vervolg zorgtypen

1. (Langdurige periodieke) controle
2. Voortgezette behandeling
3. Uitloop
4. Exacerbatie/ recidive
5. Bemoezorg
6. Rechtelijke machtiging
7. Terbeschikkingstelling
8. Terbeschikkingstelling met voorwaarden
9. Strafrechtelijke machtiging
10. Ondertoezichtstelling

#### *Ad 2. Diagnose niveau*

Bij behandeling wordt een onderscheid gemaakt naar:

1. kort ambulante trajecten;
2. lang ambulant trajecten;
3. klinische trajecten;
4. bijzondere groepen (crisis, alleen diagnostiek, alleen indirecte tijd e.d.)

In paragraaf 4 is aangegeven dat het definiëren van de prestatiebeschrijving een weging betreft op de criteria medische herkenbaarheid, kostenhomogeniteit en hanteerbaarheid. Op dit moment is bij kortdurende en klinische behandelingen geen noodzaak aangetoond van het uitsplitsen naar diagnoses in de prestatiecode. Op grond van de huidige gegevens heeft de gestelde diagnose namelijk geen voldoende onderscheidend vermogen in relatie tot de uitgevoerde behandeling en de daarmee samenhangende kosten. De oorzaak hiervan ligt in de vorm van behandeling (ambulante vijfgesprekkenmodel) en het gebrek aan voldoende gegevens (klinische behandelingen).

Bij de behandeling lang ambulant valt deze weging anders uit. Daarin speelt op grond van de gegevens uit de koploper-instellingen (CGAO) mee dat de diagnose bepalend is voor de behandelvorm. De volgende diagnosehoofdgroepen worden daarom onderscheiden:

1. stoornissen in kindertijd, ADHD
2. stoornissen in kindertijd, pervasieve stoornissen
3. stoornissen in kindertijd, overig
4. delirium, dementie
5. aan een middel gebonden stoornissen, alcohol
6. aan een middel gebonden stoornissen, overig
7. schizofrenie en andere psychotische stoornissen
8. stemmingsstoornissen, depressieve stoornissen
9. stemmingsstoornissen, bipolaire stoornissen
10. angststoornissen
11. aanpassingsstoornissen
12. andere aandoeningen

- 13. overige diagnose
- 14. persoonlijkheidsstoornissen<sup>5</sup>

De hoofdgroepen zijn gebaseerd op de diagnoseclassificatie op het hoogste niveau van de DSM IV (as 1 en as 2). De DSM IV is een internationaal classificatiesysteem van psychische stoornissen op grond van beschreven klachten en symptomen. De oorzaken en aanleidingen van de stoornissen worden hierbij buiten beschouwing gelaten (behalve bij de verslavingszorg). Het systeem onderscheidt 5 assen waarbinnen weer sprake is van verschillende abstractieniveaus. Om te kunnen voldoen aan de geformuleerde criteria is het voor de diagnosehoofdgroep stoornissen in kindertijd, aan een middel gebonden stoornissen en stemmingsstoornissen, noodzakelijk gebleken om ook de diagnoseclassificatie op niveau 2 van as 1 te gebruiken.

De verwachting is dat een verbijzondering mogelijk ook bij een vierde hoofdgroep - persoonlijkheidsstoornissen - noodzakelijk zal blijken. Deze verwachting wordt op dit moment echter onvoldoende ondersteund door de beschikbare data en daarom niet doorgevoerd in de declaratiestructuur.

Van een groot aantal diagnoses is tot op dit moment vastgesteld dat ze niet het eerder beschreven onderscheidend vermogen hebben voor behandeling en prijs/tarief. Daarom worden deze diagnoses gevat in de groep 'Overige diagnoses'. Het betreft de volgende stoornissen:

- Seksuele stoornissen
- Eetstoornissen
- Slaapstoornissen
- Somatoforme stoornissen
- Psychische stoornissen door somatische aandoening
- Nagebootste stoornissen
- Dissociatieve stoornissen
- Stoornissen in de impulsbeheersing
- Bijkomende codes – niet gespecificeerde psychische stoornis as 1
- Bijkomende codes – niet gespecificeerde psychische stoornis as 2

### *Ad 3. Behandeling*

In DBC Zorg wordt het vierde element gevormd door het behandeltype. DBC GGZ hanteert het behandeltype niet op dezelfde manier als DBC Zorg. In het onderscheid tussen productgroepen wordt echter wel gewerkt met combinaties van verschillende kenmerken van de behandeling (bijvoorbeeld meer dan 100 minuten, MET Diagnostiek). Deze combinaties te zamen worden de onderscheidende behandelkenmerken genoemd. De component behandeling zal voor de GGZ gevuld worden met de onderscheidende behandelkenmerken van een bepaalde patiënt. Deze behandelkenmerken zijn essentieel om eenduidig te kunnen afleiden in welke productgroep deze DBC moet worden afgerekend.

Wanneer we kijken naar de inhoud van deze onderscheidende behandelkenmerken, valt dit uiteen in diverse onderdelen:

#### *3.1 bestede tijd*

In het onderscheid tussen productgroepen wordt onderscheid gemaakt naar tijdsgrenzen (voorbeeld ambulante groepen: minder dan 100 minuten, tussen de 100 en 250 minuten, tussen de 250 en 600 minuten besteed, meer dan 600 minuten besteed).

#### *3.2 Aantal betrokken beroepen*

---

<sup>5</sup> Verzekeraars krijgen op dit moment al informatie over persoonlijkheidsstoornissen als gevolg van een beperking in de aanspraken.

Daarnaast wordt er onderscheid gemaakt tussen het aantal betrokken beroepen (voorbeeld ambulans: maximaal 3 beroepen of meer dan 3 beroepen betrokken).

### *3.3 Specifieke activiteiten*

Ten aanzien van de specifieke activiteiten die gebruikt worden om productgroepen in te delen, wordt een beperkte lijst van activiteiten gebruikt. Deze lijst is samengesteld uit type activiteiten die verklaarbaar zijn voor de kostenverschillen tussen productgroepen. Het gaat hierbij om de volgende lijst van activiteiten:

Diagnostiek	Psychotherapie
Behandeling	Overige communicatieve behandeling
Begeleiding	Psychodiagnostiek
Crisisopvang	Farmacotherapie
Steunend/structurerend behandelcontact	Vaktherapie
Follow up behandelcontact	ECT

### *3.4 Specifieke beroepen*

De activiteiten (diagnostiek, behandeling, begeleiding, crisisopvang) mogen ook in combinatie met een bepaalde beroep gebruikt worden als onderscheidend behandelkenmerk. Ten aanzien van de voorkomende beroepen is uitgegaan van de CONO-beroepenlijst. De beroepen worden in het onderscheid naar groepen op het laagste niveau gebruikt.

## **7. Relatie met declaratiestructuur in de ziekenhuiszorg**

De hiervoor beschreven declaratiestructuur DBCs-GGZ bevat een aanzienlijke vergroving van de diagnose-informatie ten opzichte van de uitwisseling van diagnosegegevens in de DBC-declaratiestructuur van de ziekenhuiszorg. Dit sluit aan bij de afspraken die zijn neergelegd in de met partijen afgestemde brief van 23 september 2005 aan de Tweede Kamer. De wijze waarop de diagnose-informatie in de GGZ-DBC's is verwerkt, kan als voorbeeld dienen voor de vergroving die in de DBC's ziekenhuiszorg wordt nagestreefd. Hierbij is wel van belang dat er discussie bestaat over de vergelijkbaarheid tussen de curatieve GGZ en de curatieve ziekenhuiszorg. Het ministerie is van mening, dat er in principe geen verschil zit in zorg gericht op de geestelijke gezondheid of zorg gericht op lichamelijke gezondheid dan wel de overlap hierin, in het licht van uitwisseling van diagnosegegevens in het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Naast het feit dat wettelijk hier geen onderscheid is benoemd, zijn hier evenmin medisch inhoudelijke of maatschappelijke redenen voor. De Tweede Kamer heeft dit in een recent overleg ook zo benoemd. Wel is het ministerie zich ervan bewust dat er in het algemeen nog steeds meer schaamte bestaat over een psychische dan over een somatische klacht. De overheid heeft ook de taak dit stigma aan de kaak te stellen. Bij de opbouw van de DBC-declaratiestructuur in de GGZ of in de ziekenhuiszorg dient op gelijke, zorgvuldige wijze gehandeld te worden. Aangetekend moet worden dat het hier uitsluitend gegevens betreffen die tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars worden uitgewisseld onder strikte (wettelijk geregelde) waarborgen.

## **8. Huidige waarborgen bescherming van gegevens**

Het addendum is de gedragscode die regelt hoe zorgverzekeraars bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, aanvullende verzekeringen en de AWBZ omgaan met (ook medische) persoonsgegevens. Op 27 april 2006 heeft het CBP het addendum en het protocol materiële controle goedgekeurd. Door middel van de wettelijke regeling in de Zvw en het addendum wordt gewaarborgd dat verzekeraars alleen gebruik kunnen maken van diagnose-informatie binnen de daar gestelde kaders, en is gebruik voor andere doelen niet toegestaan.

Zorgverzekeraars verwerken in de uitoefening van hun bedrijfsvoering meer dan andere verzekeraars persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Teneinde de zorgvuldige omgang met deze gegevens te waarborgen zijn in aanvulling op de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (Gedragscode) nadere gedragsregels gemaakt omtrent de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door zorgverzekeraars. Deze specifieke gedragsregels zijn verwoord in het Addendum.

Het Addendum vult op een tweetal manieren de Gedragscode aan:

- een aantal voor de zorgverzekeraar specifieke bedrijfsprocessen (met bijbehorende gedragsregels) wordt onderscheiden;
- een aantal voor de zorgverzekeraar specifieke gedragsregels bij bedrijfsprocessen, die ook in de Gedragscode wordt onderscheiden.

In de Gedragscode is een aantal centrale bedrijfsprocessen onderscheiden (beoordelen en accepteren van (potentiële) cliënten, aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, afwickelen van betalingsverkeer, marketing en schadebehandeling) waarvoor gedragsregels voor Financiële Instellingen zijn opgesteld. Ten behoeve van het opstellen van aanvullende specifieke gedragsregels voor zorgverzekeraars is het proces 'uitvoeren van overeenkomsten' nader gespecificeerd in de processen: zorginkoop, premie inning en zorgbemiddeling. Tevens zijn belangrijke ondersteunende processen onderscheiden waarvoor gedragsregels zijn opgesteld.

Voor ieder bedrijfsproces is aangegeven of er persoonsgegevens worden verwerkt (en ook of dit persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid betreft). In de gedragsregels wordt een en ander nader uitgewerkt. In navolgende tekst wordt nader toegelicht wat deze gedragsregels betekenen voor het verwerken van DBC-declaraties.

De minister van VWS heeft in de Ministeriële regeling Zorgverzekeringswet bepaald dat de regels die het addendum zijn neergelegd, bindend zijn voor alle verzekeraar die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. Het CBP en de NZA houden hier toezicht op.

#### *Behandeling van een nota*

Een nota wordt door een zorgverlener/instelling naar een verzekeraar (natura) of een verzekerde (restitutie) verstuurd. In geval van restitutie stuurt de verzekerde (als hij/zij een vergoeding wilt ontvangen) de nota door naar zijn verzekeraar. Verzekeraar ontvangt de nota slaat deze op in zijn schadeadministratie en voert uit het proces schadebehandeling uit. Dit houdt in dat de verzekeraar kijkt of de gedeclareerde zorg voldoet aan de polisvoorwaarde of andere wettelijke vereisten. Een groot deel van de controle die bij de declaratie moet geschieden, wordt ten behoeve van een snelle uitbetaling veelal uitgesteld tot later. Het betreft hier de materiële controle. Deze controle is er op gericht vast te stellen deel of hetgeen werd verklaard overeenstemt met de werkelijkheid (bijvoorbeeld of de gedeclareerde zorg ook feitelijk geleverd is) en of deze zorg doelmatig is. De resultaten van de materiële controle, kunnen afhankelijk van de bevindingen, zowel leiden tot actie in de richting van de zorgaanbieder, als in de richting van verzekerde. In het protocol materiële controle, dat als bijlage aan het Addendum Zorgverzekeraars is toegevoegd, wordt in hoofdlijnen beschreven op welke wijze de materiële controle wordt uitgevoerd en op welke wijze daarbij de betrouwbaarheid van persoonsgegevens wordt gewaarborgd.

Voor medewerkers die zich bezighouden met schadebehandeling of materiële controle moet gewaarborgd zijn dat zij uitsluitend voor hun specifieke werkprocessen over gegevens betreffende iemand gezondheid (zoals de DBC) kunnen beschikken en dat zij zich bewust zijn



van de plicht om daarover ook binnen het bedrijf (waaronder ook ten opzichte van andere functionele eenheden) geheimhouding betrachten.

Voor een proces als zorginkoop, beheersen schadelast zal een verzekeraar gebruik maken van declaratiegegevens. Hierbij geldt dat daarvoor die desbetreffende gegevens niet op persoonsniveau bekend hoeven te zijn. Dit betekent dat binnen een verzekeraar personen die belast zijn de zorginkoop en/of beheersen van de schadelast niet mogen beschikken over gegevens op persoonsniveau. Dus de afdeling mag wel weten welke DBCs in een bepaalde maand door een bepaalde instelling zijn gedeclareerd, maar de afdeling mag niet weten op elke personen de declaraties betrekking hebben. Een verzekeraar moet waarborgen treffen dat dit ook daadwerkelijk niet gebeurt.

Voorts geldt dat in de Gedragsregels is opgenomen dat zorgverzekeraars persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid:

- a. niet verstrekken aan zowel andere concernonderdelen (geen ziektekosten) als aan belanghebbenden buiten het concern, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);
- b. die bij de uitvoering van de zorgverzekering dan wel de AWBZ-verzekering zijn verkregen, niet gebruiken voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering;
- c. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering, niet gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht danwel de verzekerde daartoe uitdrukkelijke toestemming heeft verleend (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);
- d. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering, niet gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht danwel de verzekerde daartoe uitdrukkelijke toestemming heeft verleend (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);
- e. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de AWBZ-verzekering, niet gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering of aanvullende verzekering, behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode).

Dit betekent dus dat verzekeraars de bij de verzekeraar beschikbare informatie over iemands DBC niet mogen gebruiken ten behoeve van marketing, beoordelen en accepteren van andere verzekeringen.

Zoals hiervoor al aangegeven heeft de minister van VWS in de Ministeriële regeling Zorgverzekeringswet bepaald dat de regels die het addendum zijn neergeld, bindend zijn voor alle verzekeraar die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden. Dit betekent dat de gedragsregels ook daadwerkelijk door zorgverzekeraars dienen te worden nageleefd. Het CBP en de NZA houden hier toezicht op.

## **9. Privacy in relatie tot toegang tot de zorg**

In het debat over privacy in de GGZ wordt door een gedeelte van de sector aangedragen dat het vermelden van diagnose-informatie op hoofdgroepniveau (zie hiervoor) in de declaratie van de behandelaar naar de verzekeraar ertoe zou gaan leiden dat potentiële patiënten zich niet meer zouden willen laten behandelen. Daarbij wordt in de media vaak dit punt uitvergroot door voorbeelden te geven dat gegevens bij werkgevers terecht komen etcetera.

Dit standpunt is betwistbaar. De vraag is of dit waarschijnlijk is. Dit lijkt minder het geval. Belangrijkste reden daarvoor is allereerst de waarborgen die er zijn dat er door verzekeraars op zeer verantwoorde wijze met vertrouwelijke gegevens wordt omgegaan (zie paragraaf 8). Een andere reden is dat de zorgverzekeringsmarkt niet uniek is bij het leveren van medische gegevens aan zorgverzekeraars/banken. Tot slot, moet bij de weging meespelen dat de sector hierover verdeeld is.

De afgelopen periode leert dat deze discussie gevoerd wordt op grond van onvolledige kennis over de wettelijke waarborgen. Uit voorlichtingsbijeenkomsten met behandelaren en contacten met de vertegenwoordiging van patiënten tonen wel aan dat informatieoverdracht over dit thema zeer belangrijk is. Behandelaren en patiënten hebben vaak nog een informatieachterstand over de rechten en plichten van de patiënt/verzekerde richting de verzekeraar. Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de behandelaren om patiënten juist te informeren. Dit uitgangspunt van informatieverstrekking is eveneens wettelijk vastgelegd in de Wgbo (Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst).

## **Bijlage: Noodzakelijkheid van diagnose-informatie voor de taakuitoefening van de zorgverzekeraars**

In de voorliggende notitie is de volgende vraag geformuleerd: Is het, gezien vanuit het privacyrecht en de regeling van het medisch beroepsgeheim, toelaatbaar om aan de declaratie/prestatiebeschrijving onderscheidend vermogen te verlenen door daaraan diagnose-informatie toe te voegen, of moet dit uitgesloten worden geacht vanuit de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit?

Het antwoord op die vraag luidt: dat hangt ervan af of het noodzakelijk is dat de verzekeraar voor het traject van formele controle, materiële controle, zorginkoop, fraude-onderzoek, en vaststelling eigen risico en no-claim, op persoonsniveau beschikt over diagnose-informatie, en zo ja op welk niveau. In privacy-termen: of de daarmee gepaard gaande inbreuk op de persoonlijke levenssfeer proportioneel is, en of het met de verwerking te dienen doel niet op een voor de burger minder nadelige wijze kan worden bereikt. In deze bijlage wordt per taak van de zorgverzekeraar de eventuele noodzaak beschreven.

De regeling zorgverzekering bepaalt (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:
  - a. de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder;
  - b. de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie;
  - c. de vaststelling van de eigen bijdragen van een verzekerde;
  - d. de vaststelling van het eigen risico van een verzekerde;
  - e. de vaststelling van de no-claim van een verzekerde en
  - f. het verrichten van fraudeonderzoek.
3. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het uitoefenen van verhaalsrecht.

### **Doel: formele controle**

Formele controle is in de Regeling zorgverzekering gedefinieerd als 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.

### **Noodzaak**

Voor het uitvoeren van de gehele of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder of de gehele of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie, moet de declaratie persoonsgegevens bevatten. Daarmee is op zichzelf nog niet gezegd dat de declaratie ook diagnose-informatie moet bevatten.

Wanneer voor alle prestaties een zelfde tarief zou gelden, dient diagnose-informatie op de declaratie geen legitiem doel. Er is echter sprake van tariefsdifferentiatie.

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 verzekerden, zorgaanbieders en verzekeraars het tariefensysteem 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.

Een 'one prize fits all'-tarief is daarom niet aanvaardbaar. Vermelding van diagnose-informatie op de declaratie is noodzakelijk, wanneer de diagnose invloed heeft op de (aard van de) behandeling en dit tot uitdrukking komt in de daarmee gemoeide kosten.

Zorgverzekeraars moeten formele (en ook materiële) controles kunnen uitoefenen met betrekking tot de door hen ontvangen individuele 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, als zij weten wanneer deze zorg of dienst is geleverd, het daarvoor in rekening gebrachte tarief kennen, en als zij kunnen vaststellen of voldaan is aan de voorschriften, voorwaarden en beperkingen zoals die op grond van de Zvw gelden om de kosten van de prestatie ten laste te brengen van de zorgverzekering. Er moet dus ten minste 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. Wanneer uit de nota het voor behandeling en prijs onderscheidende element (de diagnose) wordt verwijderd, is formele controle niet meer mogelijk.

In deze context is de verwerking van de bedoelde (medische) persoonsgegevens evenredig in verhouding tot het beoogde doel. Dit doel kan niet langs andere weg worden bereikt.

#### **Doel: materiële controle en fraude-onderzoek**

Materiële controle is het 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.

Fraudeonderzoek is het 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.

#### Noodzaak

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. Ook hier geldt, dat wanneer een prestatiebeschrijving onderscheidend vermogen heeft doordat daaraan diagnose-informatie is toegevoegd, materiële controle en fraude-onderzoek alleen mogelijk is, wanneer de declaratie voldoende specifiek is. Alleen dan kan de feitelijk geleverde zorg worden vergeleken met de gedeclareerde zorg.

#### **Doel: zorginkoop**

Voor de zorginkoop is er geen diagnose-informatie op persoonsniveau nodig. Verzekeraars kunnen ten behoeve van de zorginkoop geaggregeerde diagnose-informatie over hun verzekerden krijgen via het DBC-Informatiesysteem.

### **Doel: vaststelling eigen risico en no-claim**

No-claim: van de no-claimregeling zijn uitgezonderd huisartsenzorg, kraamzorg en verloskundige zorg. Alle andere door de Zvw gedekte zorg valt onder de no-claimregeling. Dat betekent dat voor de uitvoering van de no-claim de zorgverzekeraar de beschikking dient te hebben over het gegeven of de declaratie al dan niet betrekking heeft op de drie genoemde zorgvormen.

Voor de uitvoering van de no-claimregeling is diagnose-informatie niet noodzakelijk. Aangezien de verzekeraar echter al ten behoeve van andere doelen over diagnose-informatie dient te kunnen beschikken, kan hij die informatie op grond van art. 9 Wbp ook gebruiken voor de uitvoering van de no-claim.

Eigen risico: Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen vormen van zorg/bepaalde DBCs uit het Zvw-pakket onder een eigen risico te brengen. Hij kan dat ook nalaten. Als de verzekeraar ervoor kiest DBC A onder het eigen risico te laten vallen, moet hij dus kunnen beoordelen of een declaratie daarop betrekking heeft. Het verstrekken van diagnose-informatie ten aanzien van alle DBCs om te kunnen vaststellen of het een eigen risico-geval betreft, is niet evenredig, en kan dat niet zelfstandig dragen. Aangezien de verzekeraar echter al ten behoeve van andere doelen over diagnose-informatie dient te kunnen beschikken, kan hij die informatie op grond van art. 9 Wbp ook gebruiken voor de uitvoering van het eigen risico.

### **Doel: 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.