

33980 Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving

Nr.

Memorie van Antwoord

Inleiding

De regering heeft met belangstelling kennis genomen van de vragen van de leden van de Eerste Kamer over onderhavig wetsvoorstel. Onderstaand worden deze vragen beantwoord in de volgorde waarin deze zijn gesteld door de verschillende fracties.

AANLEIDING EN PROPORCIONALITEIT VAN HET WETSVOORSTEL

De leden van de VVD-fractie vragen met betrekking tot de proportionaliteit van het wetsvoorstel duidelijkheid te verschaffen wat de te verwachten opbrengst is in termen van het dankzij de wetswijziging extra op te sporen bedrag. Voorts vragen deze leden hoe groot de opbrengst van de bestaande regeling met betrekking tot naturapolissen is en of aan de hand van een historische controle of casuïstiek iets te zeggen is over het gedragseffect van de bestaande regeling en de omvang van de daarmee gepaard gaande fraudereductie? En tot slot willen de leden van de VVD-fractie weten hoe groot de regering de met deze wetswijziging gepaard gaande fraudereductie en het extra op te sporen fraudebedrag raamt en waarop deze raming is gebaseerd.

De precieze omvang van zorgfraude is niet bekend. Dit geldt niet alleen voor de zorg, maar ook in andere sectoren is het in beeld brengen van de totale omvang van fraude lastig. We zien immers alleen wat er in controle-, toezichts- en strafrechtelijke onderzoeken kan worden vastgesteld. Niet in beeld is wat in deze onderzoeken niet naar boven is gekomen. Ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in het in 2014 gepubliceerde samenvattend rapport "Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg" aangegeven dat het berekenen van de omvang van zorgfraude niet zonder meer mogelijk is. Een dergelijk onderzoek vergt onder andere immers dat steekproefsgewijs medische dossiers worden ingezien. Dit is wettelijk niet toegestaan.¹

Van belang is, dat de regering heeft ingezet op adequate maatregelen om risico's op onrechtmatigheden tegen te gaan. Een brede integrale ketenaanpak, waar preventie, controle, toezicht en een gerichte inzet van het strafrecht allen onderdeel van uitmaken, is hierbij het uitgangspunt. In welke mate individuele maatregelen zoals de maatregelen in onderhavig wetsvoorstel bijdragen aan het reduceren van onrechtmatigheden, is niet te kwantificeren. Maatregelen grijpen ook op elkaar in en versterken elkaar. Versterking van de handhaving kan bijvoorbeeld zowel een preventief (fouten en fraude komen minder vaak voor) als een repressief effect (er wordt meer opgespoord en bestraft) hebben. Daardoor is het ook niet mogelijk een kwantitatieve raming te maken van het gedragseffect.

De leden van de CDA-fractie vragen of de bepalingen in dit wetsvoorstel inzake de verbetering van de mogelijkheden om fraude op te sporen en te bestrijden met name gericht zijn op restitutiepolissen, waarbij de verzekeraar de kosten van verleende zorg aan de verzekerde zelf vergoedt. Deze leden vragen of bij restitutiepolissen in bepaalde gevallen nota's van de zorgaanbieder rechtstreeks door de verzekeraar aan de zorgaanbieder worden vergoed? Als dat gebeurt, zo vragen deze leden, heeft de verzekeraar dan in die gevallen nu al de mogelijkheid om in het uiterste geval het medisch dossier in te zien in het kader van zijn formele en materiële controle?

De bepalingen van het wetsvoorstel waar de leden van de CDA-fractie op duiden zijn in eerste plaats bedoeld om de mogelijkheden voor formele en materiële controles te uniformeren, met dezelfde bescherming van de privacy van de verzekerden. Daarnaast worden met dit wetsvoorstel deze waarborgen rond de controles in de wet opgenomen, in plaats van in de ministeriële regeling zoals nu. Daardoor is er een nog betere verankering van deze waarborgen, om zo de positie van de verzekerde te beschermen.

¹ Bij een aselechte steekproef is er geen voorafgaand vermoeden dat er sprake is van een onrechtmatigheid en zonder zo'n vermoeden mogen geen medische dossiers worden ingezien. Dit is dan in strijd met het proportionaliteit- en subsidiariteitsbeginsel.

Op dit moment is de uitgebreide en afgewogen bescherming zoals die in de Regeling zorgverzekering staat en is uitgewerkt in het protocol materiële controle van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) alleen van toepassing op de situatie waarin de zorgaanbieder op basis van een overeenkomst met de verzekeraar rechtstreeks declareert bij die verzekeraar. Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de verzekeraar kan in het uiterste geval, indien dit niet op andere wijze mogelijk is, het medisch dossier worden ingezien.

In het geval waarbij een restitutieverzekerde naar een zorgaanbieder gaat die een betaalovereenkomst heeft gesloten met de zorgverzekeraar gaat de declaratie ook rechtstreeks naar die zorgverzekeraar. Die is dan ook gebonden aan de Regeling zorgverzekering en het eerder genoemde protocol.

In de andere gevallen, waar zo'n betaalovereenkomst ontbreekt, ontbreekt de mogelijkheid van de verzekeraar om materiële controles uit te voeren. Consequentie is dan dat de verzekerde bij het indienen van de declaratie gevraagd zal worden voldoende informatie aan te leveren om de declaratie te onderbouwen. Ook hierbij zal deze verzekerde op verzoek van de verzekeraar aannemelijk moeten maken dat de declaratie correct is en dat er sprake is van gepaste zorg (zorg die is aangewezen gelet op de zorgvraag van de verzekerde). Indien de verzekerde geen toestemming verleent of deze stukken verzendt, wordt de declaratie niet vergoed door de zorgverzekeraar.

De leden van de CDA-fractie verzoeken de regering nog eens te preciseren voor welke situaties het voorliggende voorstel een verbetering beoogt in toezicht, opsporing enzovoort.

Dit wetsvoorstel voorziet voor het toezicht onder andere in (betere) mogelijkheden voor de NZa om:

- verzekerden betere overzichten te laten krijgen over nota's, eigen risico en eigen betalingen;
- bestuursrechtelijk op te treden tegen nota's voor niet geleverde zorg (spooknota's);
- handhavingbesluiten (aanwijzingen, lasten onder dwangsom en bestuurlijke boetes) openbaar te maken, ook als deze zijn opgevolgd;
- een last onder dwangsom op te leggen bij een weigering mee te werken aan een toezichtonderzoek van de NZa²;
- over te gaan tot verzegeling in het kader van een toezichtonderzoek om daarmee bewijs veilig te stellen; en
- gegevens uit te wisselen met de bijzondere opsporingdiensten en andere bij fraudebestrijding betrokken overheidsinstanties.

Een aantal van deze onderwerpen is ook de revue gepasseerd tijdens de overleggen die in de eerste helft van het jaar 2013 met de Tweede Kamer zijn gehouden. Deze overleggen vonden plaats na verschillende brieven over toen actuele kwesties, ambtelijke onderzoeken en de brede aanpak van fouten en fraude in de zorg.³ Met dit wetsvoorstel wordt een aantal aan de Tweede Kamer gedane toezeggingen ingelost, zoals met betrekking tot spooknota's, verzekerdenoverzichten, diagnosegegevens en opheffen van belemmeringen bij openbaarmaking van gegeven aanwijzingen. Het verbeteren van de mogelijkheden voor de NZa is slechts één component van de brede aanpak van fouten en fraude. De NZa krijgt extra mogelijkheden, waarbij de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten ook (effectiever) aangezet kunnen worden tot het oppakken van hun verantwoordelijkheden, zoals het nemen van maatregelen om fouten te voorkomen tot betere controles van declaraties achteraf.

Naast betere mogelijkheden voor de NZa voorziet dit wetsvoorstel in de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om materiële controles uit te voeren bij ongecontracteerde zorg en geen betalingsovereenkomst tussen de ziektekostenverzekeraar⁴ en de zorgaanbieder. Bij de casus Europsyche bleek, dat door te werken zonder contracten voor het leveren van zorg en zonder betalingsovereenkomst, de zorgverzekeraar deze controles niet kon uitvoeren. Europsyche

² Aanvullend op de al bestaande bevoegdheid van de NZa medewerking af te dwingen bij het naleven van de informatieplichten op grond van Hoofdstuk 5 van de Wmg.

³ Kamerstukken II, 28 828, waaronder brief van 15 mei 2013, Kamerstukken II 2012/13, 28 828, nr. 30, en antwoorden op de vragen van de leden Bergkamp, Bouwmeester en Klever, Aanslagel Handelingen, 2012/13, nrs. 2350, 2351 respectievelijk 2352.

⁴ In de Wmg wordt onder ziektekostenverzekeraar verstaan zorgverzekeraar in de zin van de Zvw, Wlz-uitvoerder in de zin van de Wlz en particuliere ziektekostenverzekeraar.

declareerde zorg die niet bewezen effectief was en geen onderdeel uitmaakte van het basispakket. Hierop heeft de Tweede Kamer gevraagd hiertegen maatregelen te nemen. Dit wetsvoorstel voorziet hierin.

De leden van de CDA-fractie vragen of het mogelijk is bij benadering aan te geven welk percentage van het geheel aan declaraties in de zorg het betreft waarbij de verzekerden direct declareren bij de zorgverzekeraar er een overeenkomst met een zorgaanbieder is?

De zorgverzekeraars houden niet bij bij hoeveel declaraties waarbij de verzekerden direct declareren bij de zorgverzekeraar er een overeenkomst met een zorgaanbieder is.

De leden van de D66-fractie vragen of de regering kan bevestigen dat de omvang van zorgfraude om 0.01% van het zorgbudget gaat, wat uit zou komen op ongeveer 11 miljoen euro per jaar. Tevens vragen zij de regering een onderscheid te maken tussen fraude gepleegd door zorgaanbieder, zorgverzekeraars en patiënten.

Zoals eerder in reactie op vragen van de leden van de VVD-fractie is toegelicht, is de precieze omvang van zorgfraude niet bekend.

Wel is bekend wat er uit controle en fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars naar voren is gekomen. Zorgverzekeraars controleren op jaarbasis ongeveer 1 miljard declaratieregels, waarvan zorgverzekeraars ongeveer 2.500 medische dossiers inzien bij zorgaanbieders op locatie. In 2017⁵ hebben de zorgverzekeraars door controle vooraf 3,6 miljard euro afgewezen. Een afgewezen declaratie betekent niet per definitie dat de declaratie nooit meer wordt betaald. Indien de declaratie was afgewezen wegens een technische fout (bijvoorbeeld veld niet gevuld) en de zorgaanbieder vult het veld alsnog en dient de declaratie opnieuw in, dan kan deze alsnog worden betaald. Zorgverzekeraars hebben in 2017 voor € 372 miljoen aan onjuiste declaraties door controles achteraf vastgesteld. De zorgverzekeraars hebben in deze situatie in eerste instantie de declaratie betaald en vervolgens geconstateerd dat de declaratie toch niet juist is. Het totaal onterecht gedeclareerde bedrag dat in 2017 met fraudeonderzoek is vastgesteld is 31,3 miljoen euro. Van dit totaal onterecht gedeclareerd bedrag dat doormiddel van fraudeonderzoek is vastgesteld is 27 miljoen euro toe te schrijven aan vastgestelde fraude en 2,8 miljoen euro is vastgesteld in onderzoeken die zijn afgesloten met een fraudevermoeden dat niet kon worden hardgemaakt. Van de totale 31,3 miljoen euro was bij 2% sprake van geen fraude. Uit de toelichting op de Feiten en Cijfers Fraudebeheersing van ZN blijkt dat de door zorgverzekeraars vastgestelde fraudes uit 2017 hoofdzakelijk gepleegd zijn door zorgaanbieders (77%), gevolgd door verzekerden/ PGB-budgethouders (12%) en derden (5%) (zoals niet-professionele PGB-zorgverleners, PGB-bemiddelingsbureaus en leveranciers van hulpmiddelen).

De werkelijke omvang van onrechtmatigheden in de zorg is evenwel hoger dan deze cijfers van zorgverzekeraars aangeven. Met name fraude blijft deels onder de radar. Gelukkig krijgen we er wel meer zicht op. Een flink deel⁶ van de signalen over fraude en misbruik die er wel zijn, bijvoorbeeld meldingen van burgers of zorgaanbieders, komt terecht bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Het IKZ verrijkt deze fraudesignalen met andere beschikbare informatie en vervolgens worden deze verder opgepakt door de meest geëigende partij(en). Dat kan bijvoorbeeld de NZa, Inspectie SZW of het OM zijn. Het IKZ is relatief kort geleden gestart (november 2016) en het aantal signalen van vermeende fraude dat zij ontvangt stijgt. In 2017⁷ heeft het IKZ 675⁸ signalen ontvangen. Dat zijn er 228 meer dan de 447 signalen die in 2016 werden ingevoerd.

Daarnaast heeft de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW) in 2016 voor €6,4 miljoen aan wederrechtelijk voordeel berekend, en in 2015 voor €7,8 miljoen. Dit bedrag zegt niets over de totale omvang van fraude in de zorg. Dit omdat onderzoeken bijvoorbeeld afgebakend kunnen worden in onderzoeksperiode en onderzochte entiteiten.

⁵ <https://assets.zn.nl/p/32768/files/ZN-rapportage%20resultaten%20controle%20en%20fraudebeheersing%202017.pdf>

⁶ Niet alle signalen zoals de meldingen van verzekerden via de 'mijn-omgeving' aan hun zorgverzekeraar komen terecht bij het IKZ.

⁷ Rapportage Signalen zorgfraude 2017, Kamerstukken II 2017/18, 28 828, nr. 109.

⁸ De signalen die het IKZ ontvangt betreffen naast meldingen op het gebied van de Zvw en Wlz ook meldingen met betrekking tot onder meer het gemeentelijk domein.

Andere ketenpartners, waaronder de NZa en de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD) treffen ook onrechtmatigheden aan bij hun onderzoeken. De totale omvang hiervan is echter onbekend.

De leden van de D66-fractie vragen waarom de regering het voorliggende wetsvoorstel noodzakelijk vindt. Immers, zo merken zij op, zorgverzekeraars hebben ook nu al verregaande bevoegdheden om de dossiers van hun verzekerden te controleren. Bij een redelijk vermoeden van fraude kan het onderzoek aan justitie en politie worden overgedragen, waarbij de rechter toetst of het dossier kan worden ingekeken. Eveneens vraagt zij of de regering andere manieren om zorgverzekeraars aan te sporen ziet om de reeds bestaande routes te bewandelen. Zijn de wettelijke mogelijkheden om fraude op te sporen niet voldoende?

Zorgverzekeraars zijn wettelijk belast met de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Wlz-uitvoerders zijn wettelijk belast met de recht- en doelmatige uitvoering van de Wet langdurige zorg (Wlz). Zij voeren hiertoe formele en materiële controles uit.

Formele en materiële controles zijn een instrument om het publieke belang van «betaalbaarheid» te borgen. Onder strikte voorwaarden mogen zorgverzekeraars in het kader van een materiële controle, als allerlaatste stap, in het deel van het medisch dossier kijken waarop de controle betrekking heeft, bijvoorbeeld om te controleren of een behandeling echt heeft plaatsgevonden. Dit mag alleen als aantoonbaar is dat de controle niet op een andere manier kan. Deze controle vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een onafhankelijk medisch adviseur. De onafhankelijkheid van de medisch adviseurs werkzaam bij zorgverzekeraars is geborgd. Ze hebben een medisch beroepsgeheim en vallen onder het tuchtrecht. Ook heeft de medisch adviseur een strikte, van de zorgverzekeraar afgegrensde taak. Deze is ondergebracht in een aparte functionele eenheid en is afgescheiden van de rest van de organisatie van de zorgverzekeraar. Op de verwerking van persoonsgegevens door verzekeraars wordt toegezien door de NZa en de Autoriteit Persoonsgegevens (AP).

Echter, zorgverzekeraars mogen op dit moment geen materiële controles uitvoeren bij ongecontracteerde zorg zonder betalingsovereenkomst. Bij de casus Europsyche bleek dat, door te werken zonder contracten voor het leveren van zorg en zonder betalingsovereenkomst, de zorgverzekeraar deze controles niet kon uitvoeren. Europsyche declareerde zorg die niet bewezen effectief was en geen onderdeel uitmaakte van het basispakket. Hierop heeft de Tweede Kamer gevraagd hiertegen maatregelen te nemen. Daarom heft dit wetsvoorstel dit onderscheid tussen materiële controles bij ongecontracteerde zorg met en zonder (betaal)overeenkomst op.

Met de materiële controles door zorgverzekeraars worden zoveel mogelijk fouten en fraude aan het begin van de keten opgepakt, hetgeen voorkomt dat er teveel druk komt te staan op de bestuurs- en strafrechtelijke handhaving. Gelet op het deels private karakter van het Nederlandse zorgstelsel ligt het voor de hand voor de opsporing en bestrijding van fouten en fraude aan te sluiten bij dit private stelsel. Aangezien het veelal de verzekeraar is die de rekeningen van zorgaanbieders betaalt, past het dat die zorgverzekeraar ook de rekeningen controleert en daarmee onrechtmatige declaraties kan opsporen. Verzekeraars voeren nu reeds formele en materiële controles uit. Met dit wetsvoorstel wordt de juridische basis daarvoor wettelijk beter geborgd. Verzekeraars hebben meerdere civielrechtelijke mogelijkheden om op te treden tegen onrechtmatige declaraties, zoals het vorderen van de naleving van de overeenkomst met de zorgaanbieder, het ontbinden van de overeenkomst vanwege wanprestatie en het vorderen van een eventuele schadevergoeding. Tevens is het voor een zorgverzekeraar mogelijk om een boeteclausule op te nemen in het contract met de zorgaanbieder. Het inzetten van het bestuurs- en strafrecht is niet altijd het meest geschikte middel en dient niet al te lichtvaardig plaats te vinden. De inzet van het strafrecht dient gereserveerd te blijven voor die gevallen waar het te verwachten effect het grootst is, het optimum remedium.

Juristen van de VvAA en Spong Advocaten hebben aangegeven dat de wetswijziging in strijd is met artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De leden van de fractie van D66 vragen of de regering ervan overtuigd is dat het wetsvoorstel stand zal houden bij toetsing bij het Europese Hof. Kan de regering toelichten waarom zij deze mening al dan niet is toegedaan? De leden van de SP-fractie vragen of de regering bekend is met de conclusie van Spong advocaten en of zij naar aanleiding daarvan overweegt het wetsvoorstel in te trekken? De leden van de SP-fractie vragen

indien de regering het wetsvoorstel niet intrekt naar een onderbouwing waarom de conclusie dat het wetsvoorstel strijdig is met artikel 8 EVRM, niet leidt tot intrekking van het wetsvoorstel?

De regering heeft kennis genomen van de conclusie van Spong Advocaten. De regering meent anders dan de VvAA en Spong Advocaten dat het wetsvoorstel niet strijdig is met artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de recht van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM).

Met betrekking tot de proportionaliteit dient de verplichting voor de zorgaanbieders voor de verstrekking van bijzondere gegevens betreffende de gezondheid aan de zorgverzekeraars naast het belang van fraudebestrijding, ook het belang van een goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst. Als aangegeven in de beantwoording op vragen van de leden van de D66-fractie, controleren de zorgverzekeraars hiervoor jaarlijks ongeveer 1 miljard declaratieregels.

Het wetsvoorstel doet anders dan Spong Advocaten meent geen afbreuk aan de jurisprudentie van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) met betrekking tot de vermelding van diagnose-informatie op declaraties die de zorgaanbieder bij de zorgverzekeraar indient. In het geval de betrokken patiënt een privacyverklaring heeft ondertekend, hoeft de zorgaanbieder geen diagnosegegevens op de declaratie te vermelden. De jurisprudentie van het CBb laat de mogelijkheid onverlet dat de zorgverzekeraar via de materiële controle onder de daarvoor geldende waarborgen kennis neemt van diagnosegegevens. Eén van die waarborgen is dat het inzien van medische dossiers op de locatie bij een zorgaanbieder pas plaatsvindt als laatste stap indien de methoden met een minder verre gaande inperking op het recht voor het privéleven, niet tot voldoende zekerheid over de juistheid van de declaratie hebben geleid. Dat zorgverzekeraars pas als laatste stap medische dossiers inzien, blijkt ook het feit dat zorgverzekeraars jaarlijks slechts 2500 medische dossiers inzien op locatie bij een zorgaanbieder, per 400 duizend declaraties slechts één keer. De inzage geschiedt bovendien onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur en door een functionele eenheid waarvan hij onderdeel uitmaakt. Een dergelijke adviseur heeft een medisch beroepsgeheim en de leden van zijn functionele eenheid hebben een van hem afgeleid medisch beroepsgeheim. Er gaat bovendien van de mogelijkheid van de formele en materiële controle een preventieve werking uit. De regering meent gezien het bovenstaande dat het wetsvoorstel voldoet aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit van artikel 8 van het EVRM.

De leden van de PVV-fractie verzoeken de regering om het belang en noodzaak van dit wetsvoorstel te kunnen duiden om een inschatting te maken van de orde van grootte dat de maatregelen potentieel bijdragen aan het aanpakken van zorgfraude en onrechtmatige uitbetalingen.

Zoals eerder in reactie op vragen van de VVD-fractie is toegelicht, is de precieze omvang van zorgfraude niet bekend. In de beantwoording op vragen van leden van de D66-fractie is ingegaan op wat naar voren komt uit de controles en onderzoeken door zorgverzekeraars.

De leden van de SP-fractie vragen de regering uiteen te zetten of onderhavig wetsvoorstel proportioneel is. Zouden er in de regelgeving zaken kunnen worden vereenvoudigd, zonder inzage in medische dossiers te verschaffen?

Het wetsvoorstel is proportioneel gelet op de waarborgen voor de bescherming van de privacy van de verzekerde door bij de controle van alle declaraties door de verzekeraars de methode van trapsgewijze formele en materiële controle verplicht te stellen, zoals hiervoor ook in de reactie is vermeld op de conclusie van Spong Advocaten.

Het verminderen van de noodzaak tot inzage in relevante delen van een medisch dossier zit niet alleen in de vereenvoudiging van regelgeving, maar tevens in de aandacht voor rechtmatig declareren. Hoe minder fouten er worden gemaakt vooraf, des te minder vaak is er de noodzaak voor controles achteraf. In dat kader verwijst de regering naar het programma Rechtmatige Zorg.⁹ Dit programma bevat een scala aan activiteiten die gericht zijn op de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Het voorkomen van fouten en fraude is een prominent onderdeel van verschillende

⁹ Kamerstukken II 2017/18, 28 828, nr. 108.

actielijnen in het programma. Daarbij is onder andere aandacht voor een adequate administratie en interne controle bij zorgaanbieders voordat de declaratie wordt verzonden. Zo worden preventief de door verzekeraars achteraf te constateren fouten vermeden. Hoe meer vertrouwen verzekeraars hebben in de declarerende zorgaanbieder, des te minder vaak zal inzage in medisch dossiers noodzakelijk zijn.

De leden van de SP-fractie vragen of het juist is dat er jaarlijks ongeveer 1 miljard declaratieregels zijn die door zorgverzekeraars gecontroleerd dienen te worden. Daarnaast vragen deze leden of er in 2015 sprake was van 485 miljoen euro foutieve declaraties en of 11.1 miljoen euro van dit bedrag als fraude is te bestempelen.

In de beantwoording op vragen van leden van de D66-fractie zijn de resultaten van de controles en onderzoeken door zorgverzekeraars aangegeven.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel zorgfraudeurs er de laatste 5 jaar in het kader van zorgfraude door de zorgverzekeraars civielrechtelijk aangepakt zijn. Voorts vraagt deze fractie of de regering daarnaast kan aangeven hoeveel aangiften er de laatste 5 jaar door zorgverzekeraars bij het Openbaar Ministerie (OM) in het kader van fraude gedaan zijn? Zij krijgen bovenstaande vragen graag uitgesplitst naar zorgverzekeraar en aantallen per jaarschijf.

Zorgverzekeraars nemen bij aangetoonde fraude civielrechtelijke maatregelen op basis van de maatregelenrichtlijn van ZN. Dat betekent dat zij afhankelijk van de ernst en omvang van de fraude verschillende maatregelen opleggen. Uitgangspunt is dat onterecht uitgekeerd geld altijd wordt teruggevorderd. Een andere maatregel die zorgverzekeraars bij fraude kunnen treffen, is het doen van aangifte. Het daadwerkelijk doen van aangifte door een zorgverzekeraar wordt voorafgegaan door een 'verzoek tot vervolg'. Met een 'verzoek tot vervolg' verzoekt de zorgverzekeraar aan het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN of het dossier straf-, bestuurs- of tuchtrechtelijk kan worden opgepakt.¹⁰ Zorgverzekeraars houden niet bij hoeveel zorgfraudeurs civielrechtelijk zijn aangepakt. Zorgverzekeraars hebben in 2015, 2016 en 2017 respectievelijk 36 maal, 71 maal en 65 maal 'verzoeken tot vervolg' gedaan. Of een zaak strafrechtelijk wordt opgepakt – en er dus een aangifte volgt – wordt in overleg met ketenpartijen (OM, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.), NZa, ISZW en FIOD) gezien.¹¹ Zorgverzekeraars registreren aangiftes op verschillende wijze. Naar schatting betreft het ongeveer 25 aangiftes¹² in 2014 en 21 aangiftes in 2015 met betrekking tot zorgaanbieders.

Ook horen de leden van de SP-fractie graag hoeveel zorgfraudeurs er de laatste 5 jaar strafrechtelijk zijn vervolgd.

In de periode vanaf 2011 is periodiek aan de Tweede Kamer bericht hoeveel strafrechtelijke onderzoeken naar zorgfraude door het Functioneel Parket en de bijzondere opsporingsdiensten zijn uitgevoerd, waarbij moet worden opgemerkt dat in een strafrechtelijk onderzoek meerdere verdachten kunnen worden onderzocht.¹³ In 2017 zijn 12 opsporingsonderzoeken afgerond. In 2016, 2015, 2014 en 2013 waren dit respectievelijk 12, 11, 8 en 11 onderzoeken.¹⁴ Er is echter geen totaalbeeld te geven, omdat er over die periode geen cijfers beschikbaar zijn van de aantallen zorgfraudeonderzoeken die door de politie en de arrondissementsparketten uitgevoerd zijn. Voor de cijfers vanaf 2015 over de strafrechtelijke aanpak van fraude in het algemeen verwijst de regering naar de OM Fraudemonitor die de Minister van Justitie en Veiligheid naar de Kamer heeft gestuurd.¹⁵

¹⁰ Het Kenniscentrum verzamelt en registreert de meldingen met betrekking tot een verzoek tot vervolg en geleidt deze verzoeken door naar de opsporingsautoriteiten.

¹¹ In het Centraal Selectieoverleg Zorg wordt gezien of een strafrechtelijk onderzoek wordt ingesteld of dat het op andere wijze wordt afgedaan.

¹² Waarvan 4 aangiftes gedaan door verschillende zorgverzekeraars betrekking hebben op 1 dezelfde zorgaanbieder.

¹³ Kamerstukken II, 2012/13, 28 828, nr. 48, Kamerstukken II, 2013/14, 28 828, nr. 54, Kamerstukken II 2015/16, 34 300 XVI, nr. 153.

¹⁴ Het OM heeft tot 2015 geen aparte registratie van zorgfraude zaken gehanteerd.

¹⁵ Kamerstukken II, 2016/17, 17 050, nr. 530.

Tot slot wil de SP-fractie weten of er een aangifteplicht bestaat voor zorgverzekeraars, indien fraude rondom zorg en declaraties geconstateerd wordt?

Zorgverzekeraars hebben een aangifteplicht in situaties waarin zij kennis krijgen van misdrijven waarbij inbreuk wordt gemaakt op of sprake is van onrechtmatig gebruik van de regelingen waarvan de uitvoering of de zorg voor de naleving aan hen is opgedragen.¹⁶ Het OM heeft met ZN afgesproken dat de zorgverzekeraars conform de maatregelenrichtlijn van ZN eerst zelf actie ondernemen bij fraudevermoedens. Zoals hierboven aangegeven wordt in de praktijk een aangifte door een zorgverzekeraar altijd eerst voorafgegaan door een 'verzoek tot vervolg' van ZN.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de rol van zorgverzekeraars tot nu toe was geregeld via een ministeriële regeling? Kan de regering toelichten waarom daarvoor is gekozen en niet voor een wettelijke verankering van de mogelijkheden tot fraudebestrijding door zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit?

Anders dan de leden van de PvdA-fractie veronderstellen bevat de Zvw vanaf het begin de wettelijke grondslag voor verzekeraars om gegevens met betrekking tot in rekening gebrachte zorg te verwerken, waaronder gegevens over gezondheid met betrekking tot de verzekerde. De zorgverzekeraars konden bovendien ook op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) bijzondere persoonsgegevens verwerken ter uitvoering van de verzekeringsovereenkomst (artikel 21, eerste lid, aanhef en onder b). Met ingang van 25 mei 2018 hebben de zorgverzekeraars de bevoegdheid op grond van artikel 6, eerste lid, onderdeel b, persoonsgegevens te verwerken waarvan de verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst. De zorgverzekeraars kunnen met ingang van 25 mei 2018 op grond van artikel 30, derde lid, aanhef en onderdeel b, van de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming, in verbinding met artikel 9, tweede lid, onderdeel h, van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) gegevens over de gezondheid met betrekking tot hun verzekerden verwerken. Tevens bevat artikel 87 van de Zvw de grondslag voor het doorbreken van het beroepsgeheim van de zorgaanbieder om de noodzakelijke gegevens te leveren aan de zorgverzekeraar indien de zorgaanbieder een overeenkomst tot het leveren van zorg aan zijn verzekerden of een betaalovereenkomst met de zorgverzekeraar heeft gesloten. De zorgverzekeraar heeft informatie nodig om vast te stellen of de verzekerde bij hem verzekerd is, of de gedeclareerde zorg behoort tot het verzekerd pakket, of de gedeclareerde zorg het meest aangewezen was gelet op de gezondheidstoestand van de verzekerde en of het gedeclareerde bedrag in overeenstemming is met het afgesproken of vastgestelde tarief.¹⁷ Het genoemd artikel bevat ook de mogelijkheid om vast te stellen welke gegevens door de verzekeraar voor de controle op persoonsniveau gebruikt mogen worden en op welke wijze die gegevens worden verstrekt¹⁸. Van die mogelijkheid is gebruik gemaakt om in overleg met de sector en de AP, een controlemethodiek te ontwerpen die recht doet aan de subsidiariteit en proportionaliteit die het EVRM en de AVG eisen voor de verwerking van medische persoonsgegevens. Zo is de methodiek van de trapsgewijze materiële controle ontstaan waarbij steeds diepgaander onderzoek plaatsvindt.¹⁹ Aan de verwerking van persoonsgegevens zijn waarborgen verbonden. De waarborgen die in de wet en de regeling zijn neergelegd, zijn nu verzameld in voorliggend wetsvoorstel. Indien de controlemethodiek nog langer stabiliseert kan er reden zijn om deze in de wet op te nemen. Voorlopig zal dat ingevolge amendement Volp en Bruins Slot²⁰ op het niveau van een algemene maatregel van bestuur zijn indien het wetsvoorstel tot wet wordt verheven en in werking is getreden.

De leden van de PvdA-fractie vragen in welke mate bij de fraudebestrijding sinds 2011 het doorbreken van het beroepsgeheim noodzakelijk was om fraude te constateren en in welk geval andere vormen van fraudeopsporing toereikend was om fraude te constateren?

Bij de controle van declaraties en opsporing van fraude in de zorg zal het gaan om gegevens die betrekking hebben op de gezondheidstoestand van de verzekerde c.q. patiënt. Ook de enkele afspraak in de agenda van de arts is al een gezondheidsgegeven van de verzekerde. Vaak kan

¹⁶ Zie artikel 1, sub vier, van het Besluit van 31 maart 1987, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van artikel 162, vierde lid, Wetboek van Strafvordering.

¹⁷ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr.3, p.176.

¹⁸ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr.3, p.178.

¹⁹ Staatscourant 2010, 10581.

²⁰ Kamerstukken II 2015/16, 33 980, nr. 23.

echter al worden volstaan met formele controle en de constatering dat de gedeclareerde zorg niet overeenkomt met het bijbehorend tarief of dat de agenda van de zorgverlener niet overeenkomt met de datum van de behandeling of behandelingen. Verdere inzage van het medisch dossier betreffende de behandeling is veelal niet nodig. Als aangegeven betreft dit op jaarbasis zo'n 2500 medische dossiers per jaar op 1 miljard declaratieregels.

De leden van de fractie van GroenLinks constateren dat dit wetsvoorstel het onderscheid tussen naturapolissen enerzijds en restitutiepolissen anderzijds beoogt weg te nemen. De leden vragen de regering uit te leggen waarom indertijd dit onderscheid is gemaakt en hoe dit daarvoor bestond tussen ziekenfonds en particuliere verzekeringen? Welke inhoudelijke en rechtshistorische redenen waren er voor dat verschil?

Bij de totstandkoming van de Zvw is rekening gehouden met de verschillende wijzen waarop de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen op dat moment werden uitgevoerd.

In de memorie van toelichting bij de Zvw is uitvoerig beschreven hoe de verschillende verzekeringsregimes in die wet zijn samengebracht waarbij kenmerkende elementen van die uitvoeringen zijn blijven bestaan.²¹ Voor een soepele overgang naar de Zvw zijn beide systemen inclusief controlewijzen in stand gebleven en onder andere verankerd in de eerste twee leden van artikel 86 (nu 87) van die wet.

In de Ziekenfondswet was alleen sprake van een naturaverzekering, waarbij de verzekeraar met de zorgaanbieder ten behoeve van zijn verzekerden een overeenkomst sloot tot het leveren van zorg. De Ziekenfondswet verbond voorschriften aan de inhoud van de overeenkomst, onder andere met betrekking tot de controle op de naleving van de overeenkomst, waaronder begrepen de controle op de te verlenen dan wel verleende zorg en op de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen.²²

Bij particuliere ziektekostenverzekeringen was een restitutiesysteem gebruikelijk waarbij in de polis was opgenomen dat de verzekerde moest meewerken om de verzekeraar van voldoende informatie te voorzien om de declaratie te kunnen beoordelen. Het was niet gebruikelijk dat particulier ziektekostenverzekeraars overeenkomsten sloten met zorgaanbieders, tenzij zij dat konden doen tezamen met een ziekenfonds.

Waar een particuliere ziektekostenverzekeraar samen met ziekenfondsen een overeenkomst had gesloten met een zorgaanbieder, werd ook rechtstreeks door de zorgaanbieder aan de particuliere verzekeraar gedeclareerd en werd de controle uitgevoerd op de ziekenfondswijze. Waar de particuliere ziektekostenverzekeraar geen contract met de zorgaanbieder had, ging de declaratie naar de verzekerde. De verzekerde diende zijn declaratie in bij de verzekeraar. Inmiddels is de stand der techniek en de praktijk zo ver gevorderd dat ook restitutieverzekerden of hun zorgaanbieders hun declaraties digitaal inleveren bij de zorgverzekeraar en dat deze declaraties ook digitaal worden gecontroleerd. Vaak is er bij restitutie dan ook wel sprake van een betaalovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Het wetsvoorstel beoogt het onderscheid tussen ongecontracteerde zorg met betalingsovereenkomst en ongecontracteerde zorg zonder betalingsovereenkomst bij de materiële controle van zorgdeclaraties weg te nemen, zodat een uniforme controlepraktijk bestaat.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen wat het verschil in frauderisico is (waaronder fraudeomvang, aantal betrokkenen en methoden) tussen enerzijds naturapolissen en anderzijds restitutiepolissen, welke andere middelen inmiddels zijn ingezet voor fraudebestrijding en waarom dat onvoldoende instrumentarium is en hoeveel fraudegevallen (en voor welk bedrag) in de afgelopen jaren zijn bestreden, dankzij de mogelijkheid dossiers in te zien?

De zorgverzekeraar heeft in het geval van ongecontracteerde zorg zonder betalingsovereenkomst geen privaatrechtelijke mogelijkheden tegen de zorgaanbieder en hij beschikt op basis van de huidige Zvw niet over de mogelijkheden van het uitoefenen van formele en materiële controle. De Europsyche casus heeft laten zien tot welke gevolgen dat kan leiden.²³ De figuur van

²¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, p.14-17.

²² Artikel 45, eerste lid, aanhef en onder e, Ziekenfondswet.

²³ Zo kan de overeenkomst niet worden ontbonden bij gebreke van de overeenkomst.

ongecontracteerde zorg zonder een betalingsovereenkomst doet zich meer voor bij restitutiepolissen.

Voor wat betreft de andere middelen die in het kader van de bestrijding van fouten en fraude in de zorg worden ingezet, verwijst de regering naar het programma Rechtmatige Zorg.²⁴ Met dit programma zet de regering in op een integrale aanpak van fouten en fraude, gericht op preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking. Fouten en fraude kunnen alleen effectief worden aangepakt als de inzet van alle partijen in de keten nauw wordt afgestemd. Het programma bevat een scala aan activiteiten die gericht zijn op het bevorderen van rechtmatige zorg. De afgelopen jaren zijn fouten en fraude in de zorg bespreekbaar geworden. Ook zijn de normen door de inzet van de bij het programma betrokken partijen verhelderd. Dit door bijvoorbeeld het uitvoeren van fraudetoetsen op wet- en regelgeving en meer aandacht voor controles door zorgverzekeraars. Het bewustzijn van het belang van rechtmatige zorg is vergroot, door bijvoorbeeld de ondersteuning van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten om kennis bij gemeenten over de aanpak van fouten en fraude in de zorg op peil te krijgen. Bij het meldpunt van de NZa kan iedereen, zowel burgers als professionals, terecht bij een vermoeden van fraude. Signalen van fraude gaan voor verdere afhandeling naar het IKZ. In dit samenwerkingsverband werken toezichthouders en opsporingsdiensten samen om signalen over fraude in de zorg effectiever af te handelen. Tenslotte is er veel extra inzet gepleegd op het terrein van onderzoek en opsporing. Voorbeelden daarvan zijn de toegenomen opsporings- en toezichtscapaciteit voor zorgfraude en het convenant van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (KNMG), het OM en opsporingsdiensten waarmee de inzet van de onafhankelijk, deskundig arts mogelijk is gemaakt in het kader van strafrechtelijk onderzoek.²⁵ Op 21 maart 2017 zijn ook de Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF), de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) tot het convenant toegetreden.²⁶ Dit maakt het mogelijk om een onafhankelijk deskundige arts ook in te zetten bij signalen van fraude door fysiotherapeuten, tandartsen of tandartsspecialisten. In het AO Zorgfraude van 2 november 2016 is toegezegd het ODA-convenant te evalueren. Strafrechtelijk onderzoek kan zo effectiever worden uitgevoerd waarbij het medisch beroepsgeheim maximaal gewaarborgd blijft.

In het licht van deze brede aanpak van fouten en fraude in de zorg is het van belang dat ook zorgverzekeraars over de juiste instrumenten beschikken. Zoals in de beantwoording op de vragen van de D66-fractie reeds is aangegeven, zorgt dit wetsvoorstel er voor dat gelijke regels gelden in het geval er sprake is van een naturapolis of een restitutiepolis waarin verzekerden zorg declareren bij de zorgverzekeraar waarmee de zorgaanbieder geen (betaal)overeenkomst heeft.

De leden van de GroenLinks fractie wijzen op de in 2015 geconstateerde fraude met een omvang van 11,1 miljoen euro (waarvan 1,4 miljoen euro door patiënten) en vragen de regering naar de proportionaliteit, waar fraude door patiënten derhalve slechts betrekking heeft op 0,0019 % van het totale zorgbudget oftewel € 0,08 per verzekerde? Deze leden vragen welk deel van dit bedrag betrekking had op naturapolissen en welk deel op restitutiepolissen?

In de beantwoording op vragen van de leden van de D66-fractie is verwezen naar de omvang van geconstateerde fouten en fraude.

Zorgverzekeraars maken bij deze cijfers over controle en fraudeonderzoek geen onderscheid in de verschillende polissen, waardoor niet is aan te geven wat de opbrengsten met betrekking tot de natura- en restitutiepolissen zijn.

Het voorkomen en bestrijden van onbedoelde onregelmatigheden en fraude is niet een puur cijfermatige zaak. Het gaat er bij de controles ook om dat er niet meer in rekening wordt gebracht dan noodzakelijk. Dat is ook in het belang van alle verzekerden als premiebetaler, als betaler van het verplicht eigen risico en het eventuele vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering, en ook om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg te kunnen waarborgen. Een en ander neemt niet weg dat de regering inzet op preventie om onrechtmatigheden te voorkomen, zoals blijkt uit het eerder vermelde programma Rechtmatige Zorg. De regering meent gezien het bovenstaande dat het wetsvoorstel voldoet aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

²⁴ Kamerstukken II 2017/18, 28 828, nr. 108.

²⁵ Stcrt. 2016, nr. 57996.

²⁶ Stcrt. 2017, nr. 18446.

De leden van de GroenLinks fractie vragen of het wegnemen van het verschil tussen naturapolissen en restitutiepolicen voor de regering niet een zwaarwegend argument is om mede vanwege het doorbreken van het medisch beroepsgeheim en de omvang van de fraude aanleiding zou moeten vormen om ook bij andere zorgpolissen het recht van de zorgverzekeraar op inzage te verkleinen in plaats van te vergroten?

Zorgverzekeraars zijn wettelijk belast met de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Wlz-uitvoerders zijn wettelijk belast met de recht- en doelmatige uitvoering van de Wlz. Zij voeren hiertoe formele en materiële controles uit. Uitgangspunt is dus dat onrechtmatige en frauduleuze zorgdeclaraties van zorgaanbieders zoveel mogelijk moeten worden bestreden. Het wetsvoorstel draagt hieraan bij, doordat de zorgverzekeraar ook als hij geen (betaal)overeenkomst heeft met de zorgaanbieder in staat wordt gesteld materiële controles uit te voeren mocht dat noodzakelijk zijn voor het vaststellen van de rechtmatigheid van de declaratie. Het verkleinen van de mogelijkheid hiertoe lijkt niet bij te dragen aan het behalen van dit doel, noch de verzekeraars en Wlz-uitvoerders in staat te stellen de Zvw respectievelijk de Wlz rechtmatig uit te voeren.

De leden van de ChristenUnie-fractie constateren dat het voorliggende wetsvoorstel ertoe leidt dat de mogelijkheden voor uitwisseling van persoonsgegevens (ook betreffende de gezondheid), zowel tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar als tussen de NZa en andere overheidsinstanties, worden uitgebreid en dat deze uitbreiding een inperking vormt van het recht op respect voor het privéleven. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de voorgestelde wijzigingen noodzakelijk en proportioneel zijn?

Het voorliggende wetsvoorstel leidt voor wat de uitwisseling van persoonsgegevens tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars slechts tot een beperkte toename. Het betreft hier de situatie van niet-gecontracteerde zorg waarbij de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder ook geen zogenaamde betalingsovereenkomst hebben afgesloten. De zorgaanbieder brengt in het bovenbedoelde geval het tarief voor de verleende zorg direct in rekening bij de betrokken patiënt.

Het voorliggende wetsvoorstel regelt dat de zorgverzekeraar in het geval van niet-gecontracteerde zorg en geen betalingsovereenkomst over dezelfde mogelijkheden voor formele en materiële controle beschikt als bij gecontracteerde zorg of niet-gecontracteerde zorg met een betalingsovereenkomst. De formele en materiële controle dienen ook het belang van de goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst. Er wordt voor een beschouwing over de proportionaliteit van de voorgestelde wijziging verwezen naar het antwoord op de vragen van de leden van de D66-fractie en de leden van de SP-fractie over de conclusie van Spong Advocaten over de vermeende strijdigheid van het voorliggende wetsvoorstel met artikel 8 van het EVRM.

Het voorliggende wetsvoorstel voegt het CAK en het CIZ in artikel 70, eerste lid, Wmg toe aan de bestuursorganen waarmee de NZa wederzijds informatie uitwisselt. De NZa, het CAK en CIZ kunnen elkaar gericht informatie verstrekken omtrent zorgaanbieders, Wlz-uitvoerders en Wlz-verzekerden. De gegevensverstrekking gaat niet verder dan voor zover deze noodzakelijk is ten behoeve van de wettelijke taken van de ontvangende bestuursorganen. De bovenbedoelde wijziging is noodzakelijk en proportioneel.

Het voorliggende wetsvoorstel voegt de ISZW, de rijksbelastingdienst, de politie en het OM toe aan de in artikel 70, tweede lid, van de Wmg, genoemde instanties. Het betreft hier de instanties waaraan de NZa op verzoek gegevens en inlichtingen verstrekt. De gegevensverstrekking door de NZa kan niet verder gaan dan voor zover die noodzakelijk is voor de uitoefening van de wettelijke taken van die instanties. De gegevensverstrekking op grond van artikel 70, tweede lid, van de Wmg is noodzakelijk en proportioneel.

De ISZW is reeds belast met handhavingstaken op de terreinen van de Wlz en de Zvw. Het voorliggende wetsvoorstel regelt in verband met de bovenbedoelde handhavingstaken in de voorgestelde wijziging van artikel 72 van de Wmg, aanwijzing van de opsporingsambtenaren van de ISZW als toezichthouder voor de Wmg.

Bij de gegevensverstrekking aan het OM en de politie vormt het (afgeleid) strafrechtelijk verschoningsrecht zoals dat is opgenomen in artikel 126 nf, tweede lid, in verbinding met artikel 96a, derde lid, van het Wetboek van Strafvordering, bovendien een belangrijk aandachtspunt. De toezichthouders zoals de IGJ en de NZa, hebben op grond van de jurisprudentie van de Hoge

Raad²⁷ een afgeleid verschoningsrecht voor stukken, andere gegevens en inlichtingen die afkomstig zijn van verschoningsgerechtigden, en vallen onder de reikwijdte van het verschoningsrecht. Een behandelend arts is een voorbeeld van een verschoningsgerechtigde. Indien de NZa gegevens en inlichtingen aan het OM zou verstrekken die vallen onder het verschoningsrecht van een arts, dan zou het verschoningsrecht van die arts voor een belangrijk deel illusoir worden. De Hoge Raad heeft in zijn jurisprudentie bepaald²⁸ dat bij een afgeleid verschoningsrecht de beslissing om zich op verschoningsrecht te beroepen, in beginsel toekomt aan de verschoningsgerechtigde en niet aan degene met het afgeleid verschoningsrecht. Indien de verschoningsgerechtigde een beroep doet op zijn verschoningsrecht, volgt de zogenaamde raadkamerprocedure. De NZa zal pas tot verstrekking van persoonsgegevens die vallen onder het strafrechtelijk verschoningsrecht overgaan, indien de betrokken verschoningsgerechtigde geen beroep doet op zijn verschoningsrecht of de uitkomst van de raadkamerprocedure daartoe strekt. Het bovenstaande zal worden neergelegd in de Regeling categorieën persoonsgegevens WMG. De regering beoogt met het voorliggende wetsvoorstel op geen enkele wijze een beïnvloeding van het (afgeleid) strafrechtelijk verschoningsrecht.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de voorgestelde wijzigingen op het gebied van de uitwisseling van persoonsgegevens gezien de omvang van de fraude in de zorg wel noodzakelijk en proportioneel zijn? Zij vragen of er wel een faire balans is tussen de belangen van de individuele verzekerden en de betrokken instanties?

De verplichting voor de zorgaanbieders voor de verstrekking van bijzondere gegevens betreffende de gezondheid aan de zorgverzekeraars dient naast het belang van fraudebestrijding ook het belang van een goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst. Als aangegeven in het antwoord op de vragen van leden van de D66-fractie, is de voorgestelde wijziging met betrekking tot de materiële controle proportioneel en noodzakelijk.

De informatie-uitwisseling van de NZa met andere instanties betreft de uitwisseling die noodzakelijk is voor de uitoefening van de wettelijke taken van die andere bestuursorganen. De informatie-uitwisseling met die andere instanties mag ook niet verder gaan dan noodzakelijk is voor de uitvoering van de wettelijke taken van die bestuursorganen. In het antwoord op een eerdere vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie is uiteengezet dat de voorgestelde wijzigingen noodzakelijk en proportioneel zijn. De regering meent dat de voorgestelde wijzigingen met betrekking tot de uitwisseling van persoonsgegevens resulteren in een faire balans tussen de belangen van de individuele verzekerden en van de betrokken instanties.

De leden van de ChristenUnie vragen welke alternatieven er zijn om zorgfraude effectiever aan te pakken dan tot nu toe gebeurt, zonder het recht op respect voor het privéleven verder aan te tasten? Zijn deze alternatieven voldoende afgewogen bij het opstellen van dit wetsvoorstel? Is het een kwestie van verdergaande mogelijkheden voor uitwisseling van persoonsgegevens of een kwestie van meer prioriteit geven aan fraudebestrijding?

De regering heeft met het programma Rechtmatige Zorg een integrale aanpak van fouten en fraude in de zorg opgezet; de zogenoemde ketenbenadering. Het uitgangspunt van de ketenbenadering is om fouten en fraude zoveel mogelijk te voorkomen. Waar fouten en fraude zich voordoen, wil de regering deze zoveel mogelijk vooraan in de keten oplossen. Voorkomen dient te worden dat het bestuurs- en strafrecht al te lichtvaardig worden ingezet. De inzet van het strafrecht dient gereserveerd te blijven voor die gevallen waar het te verwachten effect het grootst is, het optimum remedium.

Op dit moment hebben zorgverzekeraars echter geen mogelijkheid om bij ongecontracteerde zorg zonder betalingsovereenkomst met de betrokken zorgaanbieder materiële controles uit te voeren op declaraties voor niet-gecontracteerde zorg, waar ook geen sprake is van een betaalovereenkomst. Dit is kwetsbaar, omdat de zorgverzekeraar niet achteraf bij de zorgaanbieder kan controleren of de door de verzekerde ingediende declaraties rechtmatig zijn. De regering is van mening dat deze uitbreiding proportioneel is.

²⁷ Zie HR 29 maart 1994, ECLI:NL:HR:1994:ZC9693 en HR 12 februari 2013:NL:HR:BV3004.

²⁸ Zie HR 29 maart 1994, ECLI:NL:HR:1994:ZC9693 en HR 12 februari 2013:NL:HR:BV3004.

De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen wat de verwachte opbrengst van dit wetsvoorstel is in termen van minder zorgfraude, afgezet tegen de huidige omvang aan en trends in zorgfraude. Is afdoende geborgd dat de gegevens niet voor andere doeleinden dan de aanpak van fraude gebruikt worden?

Zoals eerder in reactie op vragen van de VVD-fractie is toegelicht, is de precieze omvang van zorgfraude niet bekend. In de beantwoording op vragen van leden van de D66-fractie wordt ingegaan op wat naar voren komt uit de controles en onderzoeken door zorgverzekeraars.

De zorgverzekeraars mogen de desbetreffende persoonsgegevens slechts verder verwerken voor de uitvoering van de zorgverzekering, de Zvw en de vrijwillige of aanvullende ziektekostenverzekeringen. De NZa ziet toe op de juiste uitvoering van de betrokken regels op grond van de Zvw, Wlz en de Wmg. De AP ziet toe op de naleving (door verzekeraars/Wlz-uitvoerders) van de AVG.

De leden van de SGP-fractie vragen of de inperking van het medisch beroepsgeheim, die het wetsvoorstel met zich brengt, noodzakelijk en proportioneel is, in het licht van het feit dat zorgfraude door patiënten een zeer miniem percentage van het zorggeld omvat (zo'n 0,002% van het zorgbudget in 2015). De SGP-fractie vraagt of het niet in de rede ligt om vooral in te zetten op fraude gepleegd door zorgverleners en tussenpersonen, omdat de omvang van fraude gepleegd door zorgverleners en tussenpersonen beduidend groter is. Tot slot vragen de leden van de SGP-fractie welk fraudebedrag de regering met dit wetsvoorstel denkt te kunnen opsporen en of zij dit substantieel en verdedigbaar acht in het licht van de aantasting van het beroepsgeheim?

Zoals in het antwoord op vragen van de leden van de D66-fractie is gemeld zijn de voorgestelde wijzigingen proportioneel en noodzakelijk.

Zoals eerder in reactie op vragen van de VVD-fractie is toegelicht, is de precieze omvang van zorgfraude niet bekend en is niet eenduidig te bepalen wat het effect is van individuele maatregelen, aangezien de regering uitgaat van een ketenaanpak waarin maatregelen met elkaar samenhangen en elkaar onderling kunnen versterken.

De leden van de SGP-fractie merken op dat al eerder is geconstateerd, onder meer via een onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam, dat er alternatieven zijn voor wetswijziging en vraagt waarom er geen steviger inzet is gepleegd op deze alternatieven. De leden van de SGP-fractie vragen of niet te gemakkelijk is gekozen voor wetswijziging?

De regering is het met deze leden eens dat altijd eerst moet worden gezien of er alternatieven voor wetswijziging zijn. In dit geval is de regering van mening dat een wetswijziging noodzakelijk is. Dit wetsvoorstel zorgt niet alleen voor het gelijkrekken van de controlemogelijkheden bij zorg met betalingsovereenkomst en ongecontracteerde zorg zonder betalingsovereenkomst, maar regelt ook dat de waarborgen rond de controles in de wet worden opgenomen in plaats van in een ministeriële regeling zoals nu. Daarmee is een betere verankering van de positie van verzekerden gewaarborgd.

De leden van de SGP-fractie vragen ook waarom niet gekozen is voor een verdere vereenvoudiging van het financieringsstelsel, waarmee fraude zou kunnen worden teruggedrongen.

Een verdere vereenvoudiging van het financieringsstelsel heeft waarschijnlijk tot effect dat fouten, onbedoelde overtredingen van regels als gevolg van onduidelijkheid of vergissingen, vaker worden voorkomen maar hoeft niet te leiden tot minder fraude. Bij fraude gaat het om opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels handelen met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin. Risico's op fraude ontstaan voor het grootste deel door het handelen van de zorgaanbieder, die ook het meeste belang heeft bij het plegen van fraude. Dit blijkt ook uit onderzoek van de Erasmus Universiteit Rotterdam naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke sociaal domein (Wmo en Jeugdzorg).²⁹ Met de fraudetoets worden frauderisico's aan de voorkant van nieuwe wetgeving en bekostigingssystemen zoveel mogelijk voorkomen. Dit wetsvoorstel richt zich met name op de noodzakelijke controle en het noodzakelijke toezicht achteraf.

²⁹ Kamerstukken II, 2015/16, 28 828, nr. 94.

De leden van de SGP-fractie merken op dat de EU momenteel werkt aan een nieuwe privacyrichtlijn. Zij vragen in hoeverre het onderhavige wetsvoorstel spoort met de (concept)teksten die momenteel circuleren rond deze nieuwe EU-privacyrichtlijn? Op welke onderdelen ontstaat er mogelijk spanning en welke consequenties kunnen hieruit voortvloeien?

De AVG is op 27 april 2016 vastgesteld, op 4 mei 2016 in het Publicatieblad van de Europese Unie bekend gemaakt³⁰ en met ingang van 25 mei 2018 van toepassing. De Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (Uitvoeringswet AVG) is ook met ingang van 25 mei 2018 in werking getreden. De AVG regelt ook de intrekking van de Europese privacyrichtlijn. De AVG heeft geen consequenties voor het onderhavige wetsvoorstel omdat zij de voorgestelde verwerking van persoonsgegevens mogelijk blijft maken. De verordening laat ruimte voor het verwerken van gegevens over gezondheid ten behoeve van de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg dan wel het beheer van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten (artikel 9, tweede lid, onderdeel h). De AVG vereist wel een wettelijke grondslag voor die verwerking. Artikel 30, derde lid, aanhef en onderdeel b, van de Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming bevat een wettelijke grondslag de verwerking van gegevens over gezondheid door verzekeraars zoals zorgverzekeraars en particuliere ziektekostenverzekeraars. Het bovenbedoelde onderdeel van de Uitvoeringswet AVG geeft invulling aan artikel 9, tweede lid, onderdeel h, van de AVG. De verzekeraars als bedoeld in artikel 1:1 van de Wet op het financieel toezicht, waar zorgverzekeraars ook onder vallen, mogen gegevens over gezondheid verwerken voor zover de verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de overeenkomst van verzekering dan wel het assisteren bij het beheer en de uitvoering van de verzekering. De artikelen 9.1.2. en 9.1.3. van de Wlz bevatten de wettelijke grondslagen voor de verwerking van persoonsgegevens over gezondheid van verzekerden door Wlz-uitvoerders.

FRAUDEBESTRIJDING EN MEDISCH BEROEPSGEHEIM

De leden van de VVD-fractie hebben vragen gesteld over de positie van de medisch adviseur. Zo vragen zij hoe het proces van inzage door of namens de verzekeraar zich voltrekt. De beschrijving in het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland ³¹ geeft de leden van genoemde fractie aanleiding tot het stellen van enkele vragen. Zij zijn daarbij in de eerste plaats geïnteresseerd in de mate waarin en de wijze waarop het medisch beroepsgeheim wordt gehandhaafd. Zo is in het Protocol (hoofdstuk 4) sprake van een bij de controle betrokken 'medisch adviseur'. Wordt hiermee altijd een arts bedoeld, vallend onder het medisch beroepsgeheim? Hoe wordt de onafhankelijkheid van de medisch adviseur geborgd? Wie worden verstaan onder het 'aantal personen dat door de medisch adviseur betrokken wordt in de uitvoering van de detailcontrole', zoals vermeld in het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland op pagina's 16 en 24? Wat wordt ermee bedoeld dat de detailcontrole persoonsgegevens geschiedt 'onder verantwoordelijkheid van' de medisch adviseur (pagina's 22 en 27)? Mag de inziend arts medische informatie uit het dossier (laten) delen met anderen, zoals andere medewerkers van de verzekeraar, die niet onder het medisch beroepsgeheim vallen? Of mag de arts alleen zijn conclusie met betrekking tot de rechtmatigheid van de betreffende declaratie met anderen delen?

Verwerking van persoonsgegevens (waaronder medische gegevens) vindt bij de detailcontrole plaats onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Dat betekent dat de medisch adviseur verantwoordelijk is voor een correcte uitvoering van de detailcontrole in een aparte functionele eenheid en afgescheiden van de rest van de organisatie van de zorgverzekeraar. Die verantwoordelijkheid strekt zich ook uit over de personen die de medisch adviseur eventueel hierbij inschakelt. Dat is voorgeschreven bij de huidige ministeriële regelingen. Een medisch adviseur moet BIG-geregistreerd zijn (art. 3 Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg-beroepen). Dat is in ZN-verband afgesproken en neergelegd in de 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars', een uitwerking van wet- en regelgeving. Gedachte hierbij is dat medisch adviseurs daarmee vallen onder het medisch tuchtrecht en via die weg kunnen worden aangesproken bij schending van het medisch beroepsgeheim. De medisch adviseur heeft een eigen medisch beroepsgeheim. Alle waarborgen aangaande het medisch beroepsgeheim zijn op de medisch adviseur van toepassing. De leden van de functionele eenheid van de medisch adviseur

³⁰ Publicatieblad van de Europese Unie L 119/1.

³¹ Bijlage bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars (Stcrt. 2012, nr. 401, p. 41-56). Laatstelijk geactualiseerd en vastgesteld op 31 oktober 2016; www.zn.nl; verwijzingen naar pagina's in de vragen zijn aangepast aan laatst vastgestelde protocol materiële controle.

hebben een van hem afgeleid medisch beroepsgeheim. De medisch adviseur brengt een onafhankelijk medisch advies uit aan de verzekeraar. De medisch adviseur heeft een strikte, van de zorgverzekeraar afgegrensde onafhankelijke taak. Het aantal personen dat door de medisch adviseur betrokken wordt in de uitvoering van de controles wordt zo beperkt mogelijk gehouden. Dat betekent bijvoorbeeld dat de medisch adviseur zich bij de controle ter plekke bij een zorgaanbieder niet door meer medewerkers zal laten vergezellen dan noodzakelijk is voor het onderzoek van de relevante delen van het dossier en dat de medisch adviseur niet meer personen betreft bij de oordeelsvorming dan noodzakelijk is voor de totstandkoming van een deskundig en verantwoord oordeel of het controledoel van het onderzoek is gehaald. Dat de detailcontrole persoonsgegevens geschiedt 'onder verantwoordelijkheid van' de medisch adviseur betekent dat deze verantwoordelijk is voor de verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid welke in het kader van detailcontrole worden opgevraagd bij de verzekerde of bij derden en verder worden verwerkt. Tot die verantwoordelijkheid behoort ook het waarborgen dat die medewerkers uitsluitend over voor het specifieke werkproces noodzakelijke gegevens betreffende iemands gezondheid kunnen beschikken en dat zij zich bewust zijn van de plicht om daarover ook binnen het bedrijf geheimhouding te betrachten. Daarnaast draagt de medisch adviseur er zorg voor dat, indien de medisch adviseur deze taak delegeert, de betrokken medewerkers over een voldoende kwalificatieniveau beschikken om dergelijke gegevens te kunnen interpreteren.

De leden van de VVD-fractie hebben ook gevraagd wat de consequenties zouden zijn als de medisch adviseur niet in dienst mag zijn van een zorgverzekeraar? Blijft de betreffende medisch inhoudelijke informatie te allen tijde vallen onder het medisch beroepsgeheim, zo vroegen zij?

De medisch adviseur werkzaam bij de zorgverzekeraar heeft naast de taken van de materiële controle, ook een rol bij de beoordeling van machtigingen en bij de beoordeling van de stand van de wetenschap en de praktijk van bijvoorbeeld de aanvullende verzekeringen die de verzekeraar aanbiedt. Indien de werkzaamheden van de medisch adviseur bij de zorgverzekeraar voor de controles zullen vervallen, zal de functie moeten worden gesplitst. Dat zal ook gelden voor de functionele eenheid die onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat de tijdsbesteding van de medisch adviseur over de verschillende taken niet constant is, wat een verdeling bemoeilijkt. Bovendien is de vraag of met een verzelfstandiging niet een extra eenheid wordt gecreëerd die over medische persoonsgegevens beschikt. De zelfstandige adviseur moet zijn conclusies delen met een persoon bij de verzekeraar die bevoegd is van de conclusie kennis te nemen. De zorgverzekeraar moet immers weten of bijvoorbeeld de declaratie betaald kan worden. Er is wetgeving nodig om een wettelijke grondslag te creëren voor de verwerking van persoonsgegevens door de zelfstandig medisch adviseur en het ontvangen van die gegevens van zorgaanbieders en uitwisselen van die gegevens met verzekeraars. Tenslotte moet de financiering van de zelfstandige adviseur en medewerkers worden geregeld. De zelfstandig medisch adviseur die BIG-geregistreerd moet zijn, valt onder het medisch tuchtrecht. De inhoudelijke informatie blijft ook vallen onder het medisch beroepsgeheim.

De leden van de VVD-fractie vragen nog eens toe te lichten waarom het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State niet is gevolgd aan om, 'in het licht van de proportionaliteits-, te bepalen dat de verwerking van de gezondheidsgegevens in die zin wordt beperkt dat uitsluitend de conclusie van de materiële controle door de medisch adviseur aan de zorgverzekeraar wordt verstrekt'. De leden van de VVD-fractie vragen ook waaruit blijkt dat bij het betwisten van een in rekening gebracht tarief door de verzekeraar ook de motivering van de conclusie van de medisch adviseur toegankelijk moet zijn. Zou in voorkomend geval een en ander in het belang van de privacy niet ondervangen kunnen worden door een onafhankelijke derde arts om een herbeoordeling en een bindende uitspraak te vragen, zo vragen deze leden? Hoe borgt de regering hier het medisch beroepsgeheim?

De medisch adviseur behoudt in dienst van een verzekeraar zijn professionele autonomie, maar verricht zijn advisering ten behoeve van zijn opdrachtgever, de verzekeraar. Deze dualiteit vraagt voortdurende alertheid bij het werk. Hij moet de privacy van betrokkene bewaken. Dit belang moet hij afwegen tegen het belang van de opdrachtgever, die hij moet voorzien van de feiten die noodzakelijk zijn om tot een goede beslissing over een verzekeringsaanvraag, uitvoering van een overeenkomst of in het kader van materiële controle tot de afhandeling van een in rekening gebrachte prestatie of tarief te kunnen komen.

De betwisting van een in rekening gebrachte prestatie of tarief tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder gebeurt uiteindelijk voor een civiele rechtbank. In een civiele zaak geldt het

adagium "wie stelt moet bewijzen". Dat betekent dat de bewijslast dat een declaratie onrechtmatig is, rust op de verzekeraar. Als de conclusie van de medisch adviseur niet kan worden onderbouwd, komt het bewijs niet tot stand en moet de declaratie alsnog worden voldaan door de verzekeraar. Vanwege dat ongewenste gevolg kan het advies van de Afdeling niet worden gevolgd. Verzekeraar en zorgaanbieder zouden een vorm van arbitrage kunnen overeenkomen waarbij zij het oordeel over een geschil dat zij hebben met betrekking tot de rechtmatigheid van de declaratie overlaten aan een onafhankelijke derde arts voor herbeoordeling. De deskundige beschikt dan, maar alleen met toestemming van de verzekerde, over de achterliggende medische gegevens die noodzakelijk zijn om een oordeel te vormen. De geheimhouding kan worden vastgelegd in een door de derde arts te ondertekenen overeenkomst. Een extra waarborg is dat deze deskundige een BIG-registratie dient te hebben, waardoor het medisch tuchtrecht van toepassing is.

De leden van de VVD-fractie vragen wat er gebeurt met de medische informatie na afloop van de materiële controle of het fraudeonderzoek tot het eind van de bewaartermijn? Hoe wordt geborgd dat de informatie niet voor andere doeleinden wordt gebruikt?

Zodra de bewaartermijn is verstreken en de conclusies van de materiële controle of het fraudeonderzoek onherroepelijk zijn geworden, wordt de medische informatie vernietigd. Gegevens mogen wel in geaggregeerde vorm en geschoond van medische informatie voor de zorginkoop worden gebruikt: als de zorgverzekeraar opmerkt dat er bij een zorgaanbieder veel onrechtmatigheden voorkomen, of zelfs fraude, dan mag de verzekeraar dit meenemen in de overweging wel of geen contract aan te gaan met de zorgaanbieder.

De leden van de VVD-fractie vragen of hetgeen de inziend arts in het dossier aantreft voor die arts op enigerlei wijze kan leiden tot het ontstaan van een meldplicht? En wat gebeurt er met de medische informatie indien de zaak voor de rechter komt? Wordt deze dan gedeeld met niet-medici, inclusief advocaten of rechter(s)? Wordt deze openbaar?

Er geldt voor zorgverzekeraars op grond van artikel 162, vierde lid, van het Wetboek van Strafvordering en artikel 1, 4^o, van het Besluit ex artikel 162 Wetboek van Strafvordering, een aangifteplicht voor bepaalde misdrijven waarvan ze bij hun taakuitoefening kennis hebben gekregen. De meldplicht doet ingevolge artikel 162, derde lid, van het Wetboek van Strafvordering, geen afbreuk aan het verschoningsrecht. Dit geldt ook voor het afgeleid verschoningsrecht van de zorgverzekeraar omdat anders het verschoningsrecht van de verschoningsgerechtigde illusoir zou worden. De rechter beoordeelt in een raadkamerprocedure of de verschoningsgerechtigde zich terecht beroept op zijn verschoningsrecht en of er geen sprake is van uitzonderlijke omstandigheden waarbij de waarheidsvinding prevaleert boven het verschoningsrecht. Indien de uitkomst van de raadkamerprocedure daartoe strekt, vindt gebruik van medische informatie plaats in de strafrechtelijke procedures en nemen ook niet-medici zoals rechters en advocaten kennis van die informatie. Er geldt ook een verschoningsrecht in civiele procedures. De rechterlijke uitspraken die worden gepubliceerd zijn volgens een daartoe vastgestelde anonimiseringsrichtlijn geanonimiseerd.³²

De leden van de VVD-fractie vragen waarom ter controle de accountantsverklaring niet volstaat waarin (achteraf) wordt beoordeeld in hoeverre de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd en past binnen de geïndiceerde zorg?³³

De accountant controleert niet of de zorg feitelijk is geleverd, maar controleert of het in rekening gebrachte tarief past bij de gedeclareerde zorgprestatie. Tevens beoordeelt de accountant of de procedures gevolgd zijn die leiden tot een goede registratie en declaratie. De accountant controleert ook niet of de geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde (gepaste zorg). Dat onderdeel behoort ook tot de materiële controle.

³² Zie artikel 7, eerste lid, van het Besluit selectiecriteria uitsprakendatabank Rechtspraak.nl 2012.

³³ Zie Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland, pagina 54.

Hoe kijkt de regering aan tegen de oproep van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) in de brief van 26 oktober 2016 dat de communicatie van zorgverzekeraars richting zorgaanbieders bij detailcontrole dient te worden verbeterd?

De regering deelt de mening van de KNMG in deze, als ook aangegeven in reactie op het NZa-rapport "Zorgverzekeraars, controles en privacyvoorschriften".³⁴ Uit dit rapport bleek dat er al heel veel goed gaat bij de controles door zorgverzekeraars. Wel is aangegeven met ZN te bespreken hoe op eenduidige wijze verbeterlagen kunnen worden gemaakt, specifiek ten aanzien van de communicatie richting zorgaanbieders, met name over de rol van de medisch adviseur. Zo is zorgverzekeraars geadviseerd niet alleen de veiligheid van medische gegevens te borgen (deze is volgens het rapport op orde), maar dat ook expliciet te laten zien. Hiermee kunnen eventuele zorgen van zorgaanbieders over de veiligheid van de medische gegevens bij detailcontrole bij zorgaanbieders weg worden genomen. Daarnaast werd geadviseerd duidelijk te maken welke rol en verantwoordelijkheid de medisch adviseur heeft, hoe hij bij de detailcontrole is betrokken, welke opgevraagde gegevens bij welke personen in de verzekeringsorganisatie belanden en dat deze gegevens niet langer worden bewaard dan strikt noodzakelijk. Dit zal de medewerking van de zorgaanbieder bij de detailcontrole ten goede komen.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat het inzagerecht niet van toepassing is op declaraties die iemand zelf aan een zorgaanbieder betaalt, zonder deze op zijn beurt te declareren bij zijn verzekeraar. In die gevallen dat het gaat om nota's die nog binnen het eigen risico vallen, moet degene die zorg genoten heeft dus zelf bepalen of hem of haar de meest doelmatige zorg is verleend, en daarvoor ook het juiste bedrag wordt gedeclareerd. De leden van de CDA-fractie vragen welke mogelijkheden diegene heeft om dat te kunnen bepalen, welke ondersteuning of advisering diegene daarbij kan inroepen en of de zorgverzekeraar van betrokkene daarbij eventueel een rol kan spelen.

Indien iemand er zelf voor kiest zijn rekening niet te declareren bij zijn zorgverzekeraar, valt deze nota ook niet onder het eigen risico op basis van de Zvw. De zorgverzekeraar heeft dan immers geen kennis van de zorg die is genoten door zijn verzekerde. Degene die zorg heeft ontvangen, hoeft in dat geval ook niet zelf te bepalen of hem de meest doelmatige zorg is verleend. Het staat betrokkene vrij om bij zorg, waarvoor hij zelf betaalt en die niet ten laste van de zorgverzekering komt, niet de meest doelmatige zorg af te nemen. Uiteraard moet een zorgaanbieder wel voldoende kwaliteit van zorg leveren. De IGJ i.o. houdt daar toezicht op. Verder moet een zorgaanbieder op grond van artikel 38 van de Wmg de patiënt tijdig en zorgvuldig informeren over het tarief voor de betreffende zorg. Ook moeten zorgaanbieders informatie openbaar maken over de eigenschappen van de aangeboden zorg. Onder eigenschappen valt ook de kwaliteit van de verleende zorg. De patiënt kan dus voorafgaand aan de behandeling de zorgaanbieder vragen wat de behandeling kost en wat de kwaliteit van zorg is. De NZa houdt toezicht op de tijdige en juiste informatieverstrekking van zorgaanbieders aan patiënten.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie hoe de formele en materiële controlemogelijkheden voor zorgverzekeraars met inachtneming van het voorliggend wetsvoorstel werken indien een verzekerde met een restitutiepolis gebruik maakt van zorg in het buitenland. Graag zien zij toegelicht hoe dat werkt bij zorg van buitenlandse aanbieders in grensregio's en bij andere zorg, verleend door aanbieders buiten Nederland.

Bij wet kunnen geen verplichtingen worden opgelegd aan zorgaanbieders in het buitenland met betrekking tot het verstrekken van gegevens voor het uitvoeren van formele of materiële controles. Indien een verzekerde gebruik maakt van zorg in het buitenland zal controle achteraf via de verzekerde moeten lopen. De verzekerde die de kosten declareert, zal moeten aantonen dat het verzekerde zorg betreft die voor vergoeding in aanmerking komt (artikel 150 Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering). De verzekerde is verplicht binnen redelijke termijn de zorgverzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te geven die van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (artikel 7:941, lid 2, Burgerlijk Wetboek). De verzekerde kan natuurlijk ook toestemming verlenen aan zijn buitenlandse zorgaanbieder en zijn zorgverzekeraar om onderling rechtstreeks de gegevens uit te wisselen die nodig zijn voor een controle.

³⁴ Kamerstukken II, 2015/16, 31 765, nr. 233.

De leden van de CDA-fractie vernemen ook graag hoe de regering uitvoering wil geven aan de door de Tweede Kamer aangenomen motie-Bruins Slot³⁵, waarin de regering wordt gevraagd te regelen dat de conclusie en de onderbouwing daarvan door een medisch adviseur niet meer informatie bevatten dan noodzakelijk.

De motie-Bruins Slot is besproken tijdens de behandeling van dit wetsvoorstel in de Tweede Kamer en aangenomen. De motie beoogt het aantal persoonsgegevens, waaronder medische persoonsgegevens, te minimaliseren in de berichtgeving van de medisch adviseur aan de zorgverzekeraar teneinde die zorgverzekeraar van voldoende feiten te voorzien om tot een goede beslissing te komen. Met ingang van 25 mei 2018 zijn de beginselen voor de verwerking van persoonsgegevens in de AVG leidend boven nationale privacyregels. In artikel 5, eerste lid, aanhef en onderdeel c, AVG is bepaald dat persoonsgegevens "toereikend moeten zijn, ter zake dienend en beperkt tot wat noodzakelijk is voor de doeleinden waarvoor zij worden verwerkt („minimale gegevensverwerking“)". Vanwege de directe werking van de AVG en de daarin neergelegde normen zou het uitvoeren van de motie een niet noodzakelijke herhaling zijn van de direct werkende Europese norm. Uit het advies van de AP over de Uitvoeringswet AVG kan worden opgemaakt dat de AP om verwarring te voorkomen van uitleg van normen voorstander is om in de AVG verankerde normen ook op te nemen in nationale wetgeving³⁶. Gelet op het feit dat het doel van de motie met de inwerkingtreding van de AVG is gerealiseerd, is de motie overbodig en zal de regering deze motie niet uitvoeren.

De leden van de D66-fractie ontvangen graag een beredeneerde onderbouwing waarom de regering toch meent dat het beroepsgeheim als ultimum remedium gebroken mag worden.

Dat als ultimum remedium bij de controle van de declaratie het beroepsgeheim kan worden doorbroken, vloeit onlosmakelijk voort uit de keuze die gemaakt is voor het huidige wettelijke stelsel van individuele zorgverzekeringen. In ons zorgverzekeringsstelsel is iedere burger verplicht zich te verzekeren tegen het risico van ziektekosten. Het is een individuele verzekering waarbij door het sluiten van een individuele verzekeringspolis tussen een verzekerde en een zorgverzekeraar wederzijds rechten en plichten ontstaan.³⁷

De consequentie van de keuze voor een stelsel van individuele verzekeringen is dat er een strikte relatie moet bestaan tussen:

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

De zorgverzekeraar moet kunnen vaststellen dat die strikte relatie er is, voordat hij de kosten kan vergoeden aan de verzekerde of betalen aan de zorgaanbieder. Indien hij dat niet kan, kunnen de gedeclareerde zorgkosten ook niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De zorgverzekeraar heeft een wettelijke plicht tot controle. De zorgverzekeraar is bovendien strafbaar als hij een declaratie met een onjuiste prestatiebeschrijving of onjuist tarief betaalt of vergoedt.

Dat inzage in het medisch dossier als laatste stap en onder strenge voorwaarden mag plaatsvinden om alsnog voldoende vertrouwen te krijgen dat de gedeclareerde zorg voor de verzekerde kan worden vergoed of betaald, geeft aan dat ook de regering zich zeer bewust is van de waarde van het beroepsgeheim om de toegang tot noodzakelijke zorg te waarborgen. De regering heeft daar herhaaldelijk op gewezen en over het medisch beroepsgeheim een bijgewerkte factsheet uitgebracht.³⁸

³⁵ Kamerstukken II 2015/16, 33 980, nr. 24.

³⁶ Kamerstukken II 2017/18, 34851, nr. 3, bijlage 826781.

³⁷ Kamerstukken II 2015/16, 33 980, nr. 10.

³⁸ Kamerstukken II 2015/16, 34 300-XVI, nr. 161.

In de recent door de Eerste Kamer aangenomen wet Cliëntenrechten bij elektronische uitwisseling van gegevens in de zorg voetnoot staat een expliciet verbod op het inkijken van de zorgverzekeraar in het elektronisch medisch dossier van patiënten. De leden van de D66-fractie vernemen graag hoe die verbodsbepaling zich verhoudt tot het onderhavige wetsvoorstel.

Zowel in het onderhavige wetsvoorstel als in de wet van 5 oktober 2016 tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens) (Stb. 2016, 373), zijn maatregelen opgenomen om de privacy van de patiënt te waarborgen. Het onderhavige wetsvoorstel is niet in strijd met het absolute verbod van toegang voor zorgverzekeraars tot elektronische uitwisselingssystemen, zoals neergelegd in de bovengenoemde wet van 5 oktober 2016. Deze wet voorziet in aanvullende randvoorwaarden voor het eventuele gebruik van elektronische uitwisselingssystemen door zorgaanbieders en raakt niet de formele en materiële controles.

Het onderhavige wetsvoorstel voorziet in extra voorschriften op het niveau van de formele wet voor de verwerking van persoonsgegevens in het kader van formele en materiële controle. Het betreft voorschriften die nu in ministeriële regelingen zijn neergelegd. De zorgverzekeraar kan onder strikte voorwaarden in het uiterste geval wel onderdelen van het medisch dossier opvragen of inzien, maar krijgt geen toegang tot het gehele elektronische uitwisselingsstelsel, waar het verbod in de reeds aangenomen wet op ziet.

Het wetsvoorstel voorziet in mogelijkheden tot detailcontrole in het medisch dossier van de individuele verzekerde (patiënt). De leden van de PVV-fractie vragen de regering vanuit het oogpunt van de patiënt/verzekerde helder uiteen te zetten welke gevolgen dit wetsvoorstel heeft ten aanzien van de kaders en waarborgen van het medisch beroepsgeheim en de positie van de namens de verzekeringsmaatschappij aangestelde medisch adviseur.

De bepalingen van het wetsvoorstel waar de leden van de PVV-fractie op duiden zijn in eerste plaats bedoeld om de mogelijkheden omtrent formele en materiële controles te uniformeren, met dezelfde bescherming van de privacy van de verzekerden voor formele en materiële controles. Daarnaast worden met dit wetsvoorstel deze waarborgen rond de controles in de wet opgenomen, in plaats van in de ministeriële regeling zoals nu. Daardoor is er een nog betere verankering van deze waarborgen, om zo de positie van de verzekerde te waarborgen.

Ten aanzien van de positie van de medisch adviseur vindt er op basis van dit wetsvoorstel geen wijziging plaats.

Door het amendement van het lid Klever³⁹ ontstaat er een wettelijke verplichting voor de zorgverzekeraar om de verzekerde binnen drie maanden te informeren over een detailcontrole die op zijn dossier is uitgevoerd, tenzij dit het onderzoek van de zorgverzekeraar, het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmg, de Wlz of de Zvw, of de opsporing van strafbare feiten belemmert.

Over het afgeleid medisch beroepsgeheim van de leden van de functionele eenheid van de medisch adviseur heeft de minister aan de Tweede Kamer toegezegd om in overleg te treden met de NZa over de vraag hoe zij in haar toezicht steekproefsgewijs aandacht gaat besteden aan de borging van de onafhankelijkheid en de borging van het medisch beroepsgeheim. De leden van de PVV-fractie vragen of het toegezegde verzoek reeds is overgebracht en het gespreksverslag hiervan al beschikbaar?

Tijdens de behandeling van onderhavig wetsvoorstel in de Tweede Kamer en later in de brief aan de Tweede Kamer van 13 september 2016⁴⁰ is toegezegd met de NZa in gesprek te gaan over het verzoek van de Tweede Kamer om in het toezicht steekproefsgewijs aandacht te besteden aan controles door zorgverzekeraars, en de rol van de medisch adviseur daarbij. Op 29 september 2016 zijn de Tweede Kamer de resultaten toegestuurd van het onderzoek dat de NZa heeft gedaan naar de wijze waarop verzekeraars omgaan met materiële controles en privacyvoorschriften.⁴¹ Dat onderzoek liet een positief beeld zien van hoe verzekeraars met (medische) persoonsgegevens omgaan in het kader van hun controletaak. In de reactie hierop zijn verzekeraars onder meer opgeroepen om inzichtelijk te maken welke rol en verantwoordelijkheid de medisch adviseur heeft, hoe hij bij de detailcontrole is betrokken, welke opgevraagde gegevens bij welke personen in de

³⁹ Kamerstukken II, 2015/16, 33 980, nr. 28.

⁴⁰ Kamerstukken II, 2015/16, 33 980, nr. 30.

⁴¹ Kamerstukken II, 2016/17, 31 765, nr. 233.

verzekeringsorganisatie belanden en dat deze gegevens niet langer worden bewaard dan strikt noodzakelijk. De NZa is gevraagd om bij een volgend onderzoek de wijze waarop verzekeraars hun controles inrichten in de praktijk steekproefsgewijs bij het onderzoek te betrekken.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering uiteen kan zetten wat de inzet — zowel in fte als financieel — op fraudebestrijding is per verzekeraar. Kan de regering aangeven of dat toe of afneemt? Kan de regering de leden van de SP-fractie uitleggen hoe de fraudebestrijding bij de zorgverzekeraars georganiseerd is en hoe deze fraudebestrijding in zijn werk gaat?

Zorgverzekeraars voeren vanuit hun controlerende rol in het stelsel reguliere (formele en materiële) controles uit op de rechtmatigheid van de door zorgaanbieders en verzekerden ingediende declaraties. Bij vermoedens van fraude hebben zij tevens de mogelijkheid om een onderzoek in te stellen. ZN houdt geen administratie bij van de aantallen medewerkers die bij de verschillende zorgverzekeraars zijn belast met het uitvoeren van controles en (fraude)onderzoeken. Alle zorgverzekeraars stellen hier capaciteit voor beschikbaar, maar door verschillen in zowel de functies van medewerkers als in de inrichting van de processen voor controle en fraudebeheersing binnen de organisatie, is een uniform overzicht niet op te stellen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen de regering toe te lichten waarom zij de schending van het medisch beroepsgeheim door zorgverzekeraars proportioneel vindt en de inbreuk ervan noodzakelijk vindt in de democratische samenleving?

De zorgverzekeraars moeten de zorgverzekeringsovereenkomst goed kunnen uitvoeren. De zorgverzekering is een schadeverzekering. Een goede uitvoering betekent controle of de factuur van een zorgaanbieder betrekking heeft op een verzekerde van de zorgverzekeraar. Een goede uitvoering van de Zvw vereist daarnaast dat de zorgverzekeraar nagaat of de zorgaanbieder een tarief declareert voor zorg die valt onder de dekking van de zorgverzekering. Een goede uitvoering vereist ook de vaststelling dat de zorg waarvoor de zorgaanbieder een tarief heeft gedeclareerd, daadwerkelijk is geleverd en dat de zorgaanbieder het bij die zorg geldend tarief heeft gehanteerd. Het enkele feit dat een zorgaanbieder een tarief declareert aan een zorgverzekeraar met vermelding van de betrokken verzekerde en de verleende zorg vormt al een doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Dat geheim ziet niet alleen op het medisch dossier maar op alle gegevens en inlichtingen betreffende de patiënt. Een zorgverzekeraar kan geen factuur van een zorgaanbieder betalen zonder vermelding van de betrokken patiënt en de geleverde zorg. De meest verregaande vormen van de inbreuk op de privacy, de inzage in of het verlenen van afschriften van delen van het medisch dossier, vinden pas plaats indien met minder verregaande inbreuken onvoldoende zekerheid over de juistheid van de factuur kan worden verkregen. Er is daarmee voldaan aan de eis van proportionaliteit van artikel 8, tweede, lid, van het EVRM.

Het huidige zorgstelsel zou zonder de mogelijkheid van doorbreking van het medisch beroepsgeheim niet financieel houdbaar zijn, omdat dan de goede uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst onmogelijk is en zal leiden tot extra opwaartse druk op de premies voor de verzekerden. De mogelijkheid om het medisch beroepsgeheim te doorbreken, is gezien het voorgaande noodzakelijk in het belang van het economisch welzijn van Nederland en de bescherming van de rechten van anderen (de verzekerden). Het betreft twee in artikel 8, tweede lid, van het EVRM genoemde belangen waarmee voldaan is aan de daarin opgenomen eis dat de inbreuk noodzakelijk is in een democratische samenleving.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen dat de betrokken medewerkers niet per se bij de ziektekostenverzekeraars hoeven te werken. Kan de regering verduidelijken waarom zij er voor heeft gekozen deze kring van betrokkenen zo breed te definiëren en niet te beperken tot mensen die op basis van hun beroep gehouden zijn aan het medisch beroepsgeheim.

Praktisch gezien is het handiger om de kring breed te houden en de borging van het medisch beroepsgeheim via de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur te laten lopen. Medewerkers die onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur werken zijn ook gehouden aan het medisch beroepsgeheim. Zij hebben een van de medisch adviseur afgeleid medisch beroepsgeheim.

De leden van de fractie van GroenLinks vragen of de regering preciezer kan omschrijven op welke gronden en met welke randvoorwaarden ook andere instanties (waaronder die in de juridische keten) inzage in dossiers kunnen krijgen en waarom dat niet is voorbehouden aan medewerkers die vallen onder het medisch beroepsgeheim?

Het voorliggende wetsvoorstel voegt het CAK en het CIZ toe aan artikel 70, eerste lid, van de Wmg aan de bestuursorganen waarmee de NZa wederzijds informatie uitwisselt. De NZa, het CAK en CIZ kunnen elkaar gericht toezichtinformatie verstrekken over zorgaanbieders, Wlz-uitvoerders en Wlz-verzekerden. De gegevensverstrekking gaat niet verder dan voor zover deze noodzakelijk is ten behoeve van de wettelijke taken van de ontvangende bestuursorganen. De gegevensverstrekking dient te voldoen aan de daartoe bij of krachtens de AVG, de Uitvoeringswet AVG of de Wmg gestelde voorschriften. Het CAK en het CIZ dienen zich bij de verwerking van ontvangen persoonsgegevens te houden aan de daarvoor bij of krachtens de AVG, de Uitvoeringswet AVG of de Wlz gestelde voorschriften. De NZa dient zich bij de verwerking van ontvangen persoonsgegevens te houden aan de daarvoor bij of krachtens de AVG, de Uitvoeringswet AVG of de Wmg gestelde voorschriften. Die voorschriften moeten o.a. de verwerking van de te ontvangen persoonsgegevens door het CAK, het CIZ respectievelijk de NZa mogelijk maken.

Daarnaast voegt het voorliggende wetsvoorstel het OM, de ISZW, de politie en de rijksbelastingdienst in artikel 70, tweede lid, van de Wmg, toe aan de instanties waaraan de NZa desgevraagd inlichtingen en gegevens verstrekt. De gegevensverstrekking door de NZa kan niet verder gaan dan voor zover die noodzakelijk is voor de uitoefening van de wettelijke taken van die instanties. In de beantwoording van een eerdere vraag van de leden van de ChristenUnie-fractie over de voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden tot informatie-uitwisseling is gemeld dat bij informatieverstrekking aan de bovengenoemde instanties de waarborgen van het (afgeleid) strafrechtelijke verschoningsrecht blijven bestaan. Het OM dient zich bij de verwerking van persoonsgegevens te houden aan de daarvoor bij of krachtens de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens gestelde voorschriften. De politie dient zich bij de verwerking van persoonsgegevens te houden aan de daarvoor bij of krachtens de Wet politieke gegevens gestelde voorschriften. De AP houdt behalve op de AVG en de Uitvoeringswet AVG, ook toezicht op de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens en de Wet politiegegevens.

Het voorbehouden van informatie, die valt onder het medisch beroepsgeheim, tot personen met een medisch beroepsgeheim die voor handelingen op het gebied van het geneeskunst vallen onder het medisch tuchtrecht, is praktisch gezien onwerkbaar. Dat zou leiden tot een grote toename van het aantal functies die alleen kunnen worden vervuld door personen met registratie op grond van Wet BIG. Het medisch beroepsgeheim met het medisch tuchtrecht geldt bovendien alleen voor handelingen op het gebied van de geneeskunst respectievelijk op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De werkzaamheden van bijvoorbeeld het OM, de politie en de rijksbelastingdienst zijn niet aan te merken als handelingen op het gebied van de geneeskunst.

De medewerkers van het CAK en CIZ vallen onder geheimhoudingsplicht van artikel 2:5 van de Algemene wet bestuursrecht. De Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (artikel 52) en de Wet politiegegevens (artikel 7) regelen ook wettelijke geheimhoudingsplicht. De medewerkers van de NZa vallen onder de geheimhoudingsplicht van artikel 67, eerste lid, van de Wmg.

De leden van de GroenLinks-fractie vernemen ook graag hoe de regering het negatieve advies weegt van de Rotterdamse hoogleraar Recht en Gezondheidszorg, Martin Buijsen, na grondig onderzoek op verzoek van minister Schippers in 2012⁴², waarin hij concludeert dat de bevoegdheid van zorgverzekeraars met betrekking tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim nu al veel te ver gaat.

Hoe verhoudt dit door de regering gevraagde advies zich tot de nog verdergaande bevoegdheden met betrekking tot restitutiepólissen in dit wetsvoorstel? Komt hiermee – zoals Buijsen stelde – vrije toegang tot de zorg verder in het geding, als mensen moeten vrezen dat hun gezondheidsproblemen worden gedeeld met derden? Zou het medisch beroepsgeheim niet alleen doorbroken mogen worden als het gaat om gezondheidsbelangen zoals het bestrijden van kindermishandeling of besmettelijke ziekten en niet bij financiële belangen, helemaal in het licht van de minimale opbrengst van dit wetsvoorstel?

⁴² Kamerstukken II 2012/13, 33400-XVI, nr. 129 en bijlagen.

Zoals eerder bij de beantwoording van vragen in deze memorie van antwoord is aangegeven beoogt dit wetsvoorstel de wijze van controle van declaraties door de verzekeraars te uniformeren en de privacybescherming van de verzekerde te vergroten door deze controles op het niveau van wet vast te leggen in plaats van op het huidige niveau van ministeriële regeling. Dat gezondheidsproblemen worden gedeeld met derden zonder dat daartoe een noodzaak bestaat is niet aan de orde. De getrapte bevoegdheden van de verzekeraars bij formele en materiële controle om medische persoonsgegevens te verwerken biedt - door de waarborgen die bij elke stap zijn gesteld - voldoende zekerheid dat de gegevens niet in verkeerde handen komen. Slechts in het uiterste geval kan onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur inzage plaatsvinden indien de methoden met een minder verre gaande inperking op het recht voor het privéleven, niet tot voldoende zekerheid over de juistheid van de declaratie hebben geleid. De zorgverzekeraars zien jaarlijks slechts 2500 medische dossiers in op locatie bij een zorgaanbieder. De inzage geschiedt bovendien onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur met een beroepsgeheim en indien deze dat wil in aanwezigheid van de zorgaanbieder.

Het voorkomen en bestrijden van onbedoelde onregelmatigheden en fraude dient niet alleen een financiële zaak. De controles, en dat er niet meer in rekening wordt gebracht dan noodzakelijk, is ook in het belang van alle verzekerden als premiebetaler, als betaler van het verplicht eigen risico, en het eventuele vrijwillig eigen risico van de zorgverzekering. Bovendien dienen de controles ook om te zien of de verzekerde heeft gekregen waar hij recht op heeft. Zo kunnen de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg worden gewaarborgd.

In antwoord op eerdere vragen van de leden van de fractie van GroenLinks met betrekking tot de cijfermatige opbrengst van fraudebestrijding is aangegeven dat de regering vindt dat de maatregelen en de bijpassende waarborgen in het onderhavig wetsvoorstel over het doorbreken van het beroepsgeheim en de verwerking van medische persoonsgegevens door verzekeraars voldoen aan de door het EVRM en de AVG gestelde eisen van proportionaliteit en subsidiariteit.

De leden van de SGP-fractie vernemen graag of de regering de aantasting van het medisch beroepsgeheim gerechtvaardigd acht, nu de zorgfraude door patiënten slechts een zeer klein percentage van het zorggeld omvat?

Als aangegeven in de beantwoording op vragen van de leden van de fracties van D66 en SP, acht de regering de doorbreking van het medisch beroepsgeheim gerechtvaardigd.

De leden van de VVD-fractie vragen of de verzekerde alleen geïnformeerd wordt over het feit dat inzage is verleend? Of verneemt de verzekerde ook, al of niet op diens verzoek, welke onderdelen van het dossier zijn ingezien? Hoe leest de regering het amendement-Klever op dit punt? Welke voorwaarden en kaders stelt de regering in deze context bij de uitvoering van dit amendement door de zorgverzekeraars en het toezicht door de NZa? Is de regering bereid de driemaandentermijn in beginsel als een maximum te beschouwen en verzekerde in te doen lichten zoveel eerder als uitvoerbaar is, rekening houdend met het onderzoeksbelang? Is de regering bereid tot een toezegging ter zake? Tevens vragen zij wat het bezwaar zou zijn van een rechterlijke toets vooraf, zoals bij een huiszoekingsbevel?

Uit het amendement van lid Klever ontstaat er een wettelijke verplichting voor de zorgverzekeraar om de verzekerde binnen drie maanden te informeren over een detailcontrole die op zijn dossier is uitgevoerd, tenzij dit het onderzoek van de zorgverzekeraar, het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet, de Wlz of de Zvw, of de opsporing van strafbare feiten belemmert. Uit de formulering van het amendement maakt de regering op dat de zorgverzekeraar de verzekerde ook eerder mag informeren. De NZa heeft als toezichthouder de taak om na te gaan of de zorgverzekeraars zich houden aan deze wettelijke verplichting. Een rechterlijke toets is niet nodig gezien de reeds bestaande waarborgen en het te beschermen belang.

De regering heeft eerder aangegeven dat het vooraf informeren van betrokkenen niet wenselijk is met het oog op de waarde van de controle. De leden van de VVD-fractie vragen hoe dit zich verhoudt tot het gestelde in 'Stap 9' op pagina 24 van het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland⁴³, inhoudende dat de zorgaanbieder de zorgverzekeraar conform het

⁴³ Protocol materiële controle 31 oktober 2016, paginanummer in vraagstelling geactualiseerd voor vindbaarheid.

specifieke controleplan inzage moet verschaffen in het medisch dossier en Stap 6: 'De zorgverzekeraar dient het inzetten van de detailcontrole tijdig en voorafgaand aan de feitelijke controle bij de zorgaanbieder aan te kondigen'? Is de zorgaanbieder daarmee niet altijd op de hoogte van de controle vanaf het moment dat Stap 6 en dus ruim voordat Stap 9 wordt gezet? Zo ja, welke meerwaarde heeft het dan om niet ook de verzekerde in de fase van Stap 6 in te lichten? Hoe kijkt de regering in het verlengde hiervan aan tegen het pleidooi van veldpartijen in hun brief aan de Eerste Kamer van 27 oktober 2016 om verzekerden vooraf toestemming te vragen?

Uitgangspunt is om de waarde van de controle zoveel mogelijk te beschermen. Dit kan het beste door zo weinig mogelijk partijen vooraf te informeren over de controle. Indien informeren niet strikt noodzakelijk is, wordt dit niet gedaan. Van detailcontrole en eventueel – als onderdeel daarvan - inzage in het medisch dossier moet de zorgaanbieder wel op de hoogte worden gesteld omdat hij de relevante medische gegevens onder zich heeft. Het is dus onvermijdelijk om de zorgaanbieder vooraf te informeren. Benadrukt wordt dat informeren dat detailcontrole gaat plaatsvinden (stap 6), nog niet betekent dat ook inzage van het medisch dossier gaat plaatsvinden (stap 9). Detailcontrole vindt eerst zonder inzage in het medisch dossier plaats, zoals ook blijkt uit stap 8.

De verzekerde hoeft niet om toestemming te worden gevraagd. Ook al geldt het vermoeden van fraude niet jegens de verzekerde maar alleen richting de zorgaanbieder, dan blijven de bezwaren tegen het vooraf toestemming vragen, gelden.

Het vooraf toestemming vragen aan verzekerde als vermeld in de brief van veldpartijen voor inzage in het medisch dossier kan leiden tot frustratie van het controleonderzoek, administratieve lasten, ongerustheid bij verzekerden en mogelijke schade in de vertrouwensrelatie tussen verzekerde en zorgaanbieder. Dit financiële maar ook maatschappelijke belang weegt zwaar. Het privacybelang van de verzekerde weegt ook zwaar, maar is in voldoende mate geborgd door diverse (wettelijke) regelingen.

Kan de regering aan de leden van de fractie van D66 uitleggen waarom aan patiënten niet vooraf om toestemming wordt gevraagd voor inzage in het dossier? En, zo vragen deze leden, kan de regering aangeven waarom het financiële belang van opsporing van fraude kennelijk zwaarder weegt dan privacy van de patiënt?

Het vooraf toestemming vragen aan verzekerde voor inzage in het medisch dossier kan leiden tot frustratie van het controleonderzoek, administratieve lasten, ongerustheid bij verzekerden en mogelijke schade in de vertrouwensrelatie tussen verzekerde en zorgaanbieder. Dit financiële maar ook maatschappelijke belang weegt zwaar. Het privacybelang van de verzekerde weegt ook zwaar, maar is in voldoende mate geborgd door diverse (wettelijke) regelingen.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de regering overweegt om de AMvB, waarin de fasen van het fraudeonderzoek worden omgeven met waarborgen, zodanig vorm te geven dat daar waar er geen vermoeden is van fraude door de verzekerde, de verzekerde vooraf om toestemming wordt gevraagd? En zo nee, waarom niet?

Ook al geldt het vermoeden van fraude niet jegens de verzekerde maar alleen richting de zorgaanbieder, dan blijven de bezwaren tegen het vooraf toestemming vragen, gelden.

De leden van de fractie van de PvdA vragen of de regering overwogen heeft om daar waar informeren of toestemming vooraf het fraudeonderzoek in de weg zou staan de zorgverzekeraars op te leggen om de betrokken verzekerden op de dag dat de inzage in de medische gegevens plaatsvindt, te informeren? Zo nee, hoe kijkt de regering aan tegen dit voorstel?

Het fraudeonderzoek eindigt niet op de dag van inzage in de medische gegevens. De verkregen informatie moet geanalyseerd worden en vormt vaak aanleiding voor verder onderzoek. Ook dit nadere onderzoek kan belemmerd worden vanaf het moment dat de verzekerde weet dat zijn medisch dossier is ingezien. Vandaar dat in het aangenomen amendement Klever ook een redelijke termijn van 3 maanden is opgenomen om de verzekerde te informeren, tenzij dit het onderzoek van de zorgverzekeraar, het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de Wmg, de Wlz of de Zvw, of de opsporing van strafbare feiten belemmert.

ZORGAUTORITEIT

De leden van de CDA-fractie vragen de regering nader te preciseren welke afweging de NZa kan of moet maken bij haar besluit wel of niet tot openbaarmaking over te gaan? De regering verwijst daarbij naar het nieuwe artikel 20a van de WMG waarin geen afwegingskader is opgenomen. De leden van de CDA-fractie vragen de regering verder te motiveren waarom de belanghebbende slechts een reactietermijn heeft van vijf dagen om bezwaar aan te tekenen en een voorlopige voorziening aan te vragen.

De NZa heeft als onafhankelijke toezichthouder zelf beleid vastgesteld waarin een afwegingskader is opgenomen om wel of niet tot openbaarmaking over te gaan.⁴⁴ Conform dit beleid is voor de NZa openbaarheid het uitgangspunt. De NZa maakt de bedrijfsnaam of persoonsnaam van de overtreder openbaar, tenzij de overtreder hierdoor onevenredig wordt bevoor- of benadeeld. Dit betreft een individuele beoordeling waarbij de NZa onder meer rekening houdt met de vraag of het met openbaarheid te bereiken doel – zoals een waarschuwing aan consumenten of aan de sector – ook op een voor de overtreder minder ingrijpende wijze kan worden bereikt. De proportionaliteit van de beoogde openbaarmaking maakt onderdeel uit van de belangenafweging van de NZa. Bij deze afweging is van belang of het te bereiken doel ook op een andere manier dan met openbaarmaking kan worden bereikt. Verder weegt de NZa de mate van de ernst van de overtreding mee. Aspecten die de NZa in deze afweging meeneemt zijn:

- de mate waarin de overtreding het consumentenbelang feitelijk heeft geschaad;
- de daadwerkelijke marktmacht van de overtredders om andere marktdeelnemers schade te berokkenen alsmede het aantal concurrenten;
- de onomkeerbaarheid van de gevolgen van de overtreding;
- de omstandigheid dat met een verboden gedraging een aanzienlijk financieel belang kan zijn gemoeid;
- andere omstandigheden zoals de aard van de betrokken diensten of producten.

De reactietermijn van vijf dagen is bedoeld om overtredders in staat te stellen tijdig naar de rechter te stappen om daarmee eventuele schade als gevolg van (onterechte) openbaarmaking door de NZa te voorkomen. In de huidige praktijk blijkt vijf dagen voldoende lang om een verzoek om een voorlopige voorziening in te dienen. De regering ziet dus geen aanleiding om de bestaande termijn van vijf dagen aan te passen.

De leden van de PVV-fractie vragen in hoeverre sprake is van mogelijke openbaarheid van de bekendmaking van het voornemen tot openbaarmaking (dit mede gelet op andere op transparantie gerichte wet- en regelgeving, zoals de Wet openbaarheid van bestuur)?

In het voorgestelde artikel 20a Wmg is een specifieke en zorgvuldige procedure voor openbaarmaking van handhavingsbesluiten vastgelegd. Daarmee wordt het belang van de rechtsbescherming van de bij openbaarmaking betrokken zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars gehandhaafd. Indien de NZa voornemens is een feit ter openbare kennis te brengen, moet zij op grond van artikel 20a Wmg de belanghebbende aan wie de aanwijzing respectievelijk de bestuurlijke sanctie is opgelegd, daarvan in kennis stellen onder vermelding van de gronden waarop het voornemen berust. Openbaarmaking van het handhavingsbesluit geschiedt niet eerder dan vijf werkdagen nadat de NZa het besluit tot openbaarmaking heeft toegezonden aan belanghebbende(n).

Uiteraard geldt ook de Wet openbaarheid van bestuur, voor zover een specifieke wet niet in een aparte openbaarmakingsregeling voorziet. In dat kader heeft de NZa in de beleidsregel openbaarmaking handhavingsbesluiten, Wob-besluiten en beslissingen op bezwaar (AL/BR-0033) vastgelegd hoe ze omgaat met openbaarmaking van handhavingsbesluiten op grond van de Wob. Hierin is geregeld dat voordat de NZa een beslissing neemt over de openbaarmaking van het handhavingsbesluit, de NZa ook belanghebbende(n) in de gelegenheid stelt om binnen een termijn van tien werkdagen een zienswijze naar voren te brengen, met als doel aan te geven welke onderdelen van het handhavingsbesluit door belanghebbende(n) als (bedrijfs)vertrouwelijk als bedoeld in artikel 10, eerste lid, van de Wob, worden aangemerkt. Dit laat de NZa achterwege indien de NZa in eerdere instantie belanghebbende(n) in de gelegenheid heeft gesteld mede te

⁴⁴ www.nza.nl: beleidsregel AL/BR-0033 en TH/BR-016.

delen welke gegevens als (bedrijfs)vertrouwelijk aangemerkt moeten worden en er naar oordeel van de NZa sindsdien geen nieuwe informatie naar voren is gebracht die in aanmerking komt voor een reactie met betrekking tot de (bedrijfs)vertrouwelijkheid ervan.

Nu is gekozen voor een stapsgewijze benadering en het aantal fraudegevallen geringer is dan oorspronkelijk gedacht, vragen de leden van de PvdA-fractie of de regering overwogen heeft om het wetsvoorstel zodanig te wijzigen dat daar waar inbreuk gedaan moet worden op het medisch beroepsgeheim de zorgverzekeraars op te dragen de fraudebestrijding in handen te leggen van een onafhankelijke derde partij als de Nederlandse Zorgautoriteit. Zo ja, waarom heeft de regering hier niet voor gekozen? Zo nee, hoe apprecieert de regering dit voorstel?

Zorgverzekeraars zijn wettelijk belast met de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Zij voeren hiertoe formele en materiële controles uit.

Deze controles zijn een instrument om het publieke belang van betaalbaarheid te borgen. Onder strikte voorwaarden mogen medische adviseurs van de zorgverzekeraar in het kader van een materiële controle, als allerlaatste stap, in een deel van het medisch dossier kijken waarop de controle betrekking heeft, bijvoorbeeld om te controleren of een behandeling echt heeft plaatsgevonden. Dit mag alleen als aantoonbaar is dat de controle niet op een andere manier kan. Deze controle vindt plaats onder verantwoordelijkheid van een onafhankelijk medisch adviseur. De onafhankelijkheid van de medisch adviseurs werkzaam bij zorgverzekeraars is geborgd. Ze hebben een medisch beroepsgeheim en vallen onder het tuchtrecht. Ook heeft de medisch adviseur een strikte, van de zorgverzekeraar afgegrensde taak, is hij ondergebracht in een aparte functionele eenheid en is afgescheiden van de rest van de organisatie van de zorgverzekeraar. Op de verwerking van persoonsgegevens door verzekeraars wordt toegezien door de NZa en de AP. Uitvoering van deze taak door een onafhankelijke derde partij als de NZa is dan ook overbodig, en daarnaast, gezien de inrichting van het stelsel, niet logisch. De taak van controle is wettelijk neergelegd bij de zorgverzekeraars, zij zijn spin in het web van de verzekeringsovereenkomst, van de inkoop, tot uitbetaling van de declaratie. Door de controle elders neer te leggen, wordt deze verantwoordelijkheid elders belegd dan bij verzekeraars.

Door de detailcontroles elders neer te leggen, kan de prikkel tot controle door verzekeraars zelf afnemen, of juist de prikkel tot het 'afschuiven naar de NZa' of eventuele andere derde ontstaan. Ook is het opknippen van de detailcontrole van de overige controles door en van zorgverzekeraars heel lastig. Deze lopen in elkaar over. De verzekeraar bereidt de controle voor en pas bij detailcontrole wordt een externe ingeschakeld om medische gegevens te beoordelen, zonder dat deze de hele context kent. Hierdoor ontstaat een afbreukrisico aan de kwaliteit van de controles.

ZORGVERZEKERINGSMARKT

De leden van de fractie van het CDA vragen naar een nadere toelichting op de wijziging inzake artikel 48 van de Wmg en naar de zienswijze van de regering met betrekking tot de benutting van deze bepaling, met name als het niet om grote aanbieders/marktpartijen gaat.

De wijziging van het instrument van aanmerkelijke marktmacht wordt voorgesteld naar aanleiding van onderzoek dat de NZa in 2013 heeft laten uitvoeren naar het aantal regiomaatschappen in Nederland, de beweegredenen voor de vorming ervan en de mogelijke gevolgen.⁴⁵ Op grond van dat onderzoek schetste de NZa het risico dat de opkomst van regiomaatschappen, die de NZa destijds constateerde,⁴⁶ kan leiden tot onwenselijke marktmacht en de positie van patiënten onder omstandigheden kan schaden. De NZa deed naar aanleiding van het onderzoek de aanbeveling om het instrument van aanmerkelijke marktmacht aan te passen zodat rechtstreeks tegen regiomaatschappen kan worden opgetreden. De voorgestelde wijziging strekt daartoe en bepaalt dat ook kan worden opgetreden tegen 'een geen rechtspersoonlijkheid bezittend organisatorisch verband van zorgaanbieders'. Wel dient de toezichthouder nog aan te tonen dat het desbetreffende organisatorische verband beschikt over 'aanmerkelijke marktmacht', zoals gedefinieerd in artikel

⁴⁵ Bijlage bij Kamerstukken II 2012/13, 32 620, nr. 88.

⁴⁶ In 2016 constateerde de NZa in haar Monitor integrale bekostiging medisch specialistische zorg dat het instellingsoverstijgend werken van medisch specialisten niet enorm is toegenomen, terwijl dit in 2013 wel werd gevreesd:
https://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Integrale_bekostiging_medisch_specialistische_zorg.pdf.

47 van de Wmg. Ook dienen eventuele verplichtingen die worden opgelegd aan een organisatorisch verband met aanmerkelijke marktmacht geschikt en proportioneel te zijn. Dat houdt onder meer in dat de toezichthouder aannemelijk moet maken dat er een risico is op een bepaald mededingingsprobleem, de desbetreffende verplichting passend is om het (mogelijke) probleem te adresseren en in verhouding staat met het (mogelijke) probleem. Bij deze beoordeling staan de belangen van patiënten en verzekerden centraal. Gelet op het bovenstaande staat de voorgestelde wijziging niet in de weg aan samenwerking tussen (kleinere) aanbieders die in het belang is voor patiënten en verzekerden en leidt de wijziging er juist toe dat de belangen van patiënten en verzekerden beter zijn gewaarborgd.

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins