

33 980 Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving

Nr.

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Inleiding

De regering heeft met belangstelling kennisgenomen 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.

De leden van de fractie van D66 verzoeken met voorstellen te komen waarmee fraude opgespoord kan worden met behoud van het medisch beroepsgeheim. De leden wijzen daarbij op de onafhankelijk deskundige arts zoals genoemd in een convenant dat zorgverzekeraars hebben gesloten met opsporingsinstanties en op een voorstel om aan patiënten zelf toestemming te vragen als de laatste stap in het stappenplan is bereikt.

Om met het laatste voorstel te beginnen. Allereerst wijst de regering er op dat onderscheid gemaakt moet worden tussen de controle door ziektekostenverzekeraars¹ van de naleving van de overeenkomsten gesloten tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder of gesloten tussen de ziektekostenverzekeraar en de verzekerde en het bestrijden van fraude. Het stappenplan waarop de vragenstellers duiden is op dit moment slechts van toepassing in de situatie waarin de zorgverzekeraar de zorgaanbieder heeft gecontracteerd of met de zorgaanbieder slechts een zogenaamde betaalovereenkomst heeft gesloten. Een betaalovereenkomst stelt de zorgaanbieder in staat om de declaratie rechtstreeks in te dienen bij de zorgverzekeraar. De verzekerde heeft geen invloed op het sluiten van een betaalovereenkomst, maar ondervindt daar wel de gevolgen van. Artikel 87 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) voorziet in de wettelijke verplichting voor zorgaanbieders om de factuurgegevens aan de zorgverzekeraar van de patiënt te verstrekken. Die wettelijke verplichting doorbreekt het medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieders. De eventuele verdere controle door de zorgverzekeraar 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.

Het stappenplan (en de getrapte bescherming die daarin is vervat) is nu namelijk niet van toepassing in de situatie van een niet gecontracteerde zorgaanbieder waarmee geen betaalovereenkomst is gesloten. De zorgaanbieder zendt zijn declaratie dan aan de verzekerde en deze laatste zendt de ontvangen declaratie door aan de zorgverzekeraar. In die situatie moet de verzekerde dus zelf zorgen dat hij de zorgverzekeraar voldoende informatie verschafft om de declaratie te kunnen beoordelen. Wordt die bescherming van de verzekerde niet geharmoniseerd dan blijft de verzekerde afhankelijk van het wel/niet sluiten van een betaalovereenkomst door zorgaanbieder en zorgverzekeraar en van de informatie van de zorgaanbieder om de zorgverzekeraar te overtuigen dat de declaratie juist is en door de zorgaanbieder gepaste zorg is geleverd. De behoefte van de verzekerde om de vertrouwensband met de zorgaanbieder niet te beschadigen kan de verzekerde doen afzien van het vragen van aanvullende informatie aan die zorgaanbieder. De verzekerde moet dan zelf de declaratie betalen.

¹ 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.

De verzekerde kan ongewild in dezelfde positie komen te verkeren als hem vóóraf expliciet moet worden gevraagd of hij toestemming geeft voor inzage in het dossier bij de desbetreffende zorgaanbieder als laatste stap in het stappenplan. Wanneer de verzekerde toestemming geeft kan dat zijn vertrouwensband met de zorgaanbieder schaden als deze laatste daarmee de indruk krijgt dat de verzekerde hem niet vertrouwt. Als de verzekerde geen toestemming geeft ontbreekt het de zorgverzekeraar aan informatie om vast te stellen dat de declaratie juist is en de zorg gepast. De patiënt moet die declaratie dan zelf betalen. De regering hecht eraan de verzekerde niet met dat dilemma te blijven belasten. In dat licht is in het voorliggend wetsvoorstel voorgesteld de controles op declaraties in beginsel tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar te laten plaats vinden en de controle zo veel mogelijk buiten de verzekerde om te laten gaan. Het wetsvoorstel voorziet er daarom in dat ook in de situatie zonder betaalovereenkomst het stappenplan zal gaan gelden waardoor de verzekerde wordt beschermd en de bewijskwestie een onderwerp is van zorgaanbieder en zorgverzekeraar, waarbij natuurlijk altijd de hulp van de patiënt kan worden ingeroepen. Door het amendement van lid Klever² ontstaat er bovendien 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.

De leden van de D66-fractie vragen ook naar meer voorbeelden van opsporing van fraude waarbij het medisch beroepsgeheim niet wordt doorbroken, zo noemen zij het voorbeeld van de onafhankelijk deskundig arts.

Het inschakelen van een ODA bij fraudeonderzoek door publiekrechtelijke opsporingsinstanties is van een volstrekt andere orde dan de privaatrechtelijke controle op de naleving van de verzekeringsovereenkomst tussen de zorgverzekeraar en de verzekerde en de controle op de naleving van een betaalovereenkomst tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Bij de opsporingsinstanties gaat het om een vermoeden van fraude. Bij de laatstbedoelde controles gaat het om het over en weer naleven van een tussen beide partijen gesloten overeenkomst die ook plaatsvinden zonder dat sprake is van een fraudevermoeden. Het uitvoeren van de privaatrechtelijke (materiële) controle is normaal tussen twee partijen die een overeenkomst hebben gesloten en impliceert dus niet automatisch ook dat er sprake is van zorgfraude.

De regering wijst er daarnaast op dat jaarlijks bij ongeveer 1 miljard declaratieregels slechts ongeveer 2500 inzagen in het medisch dossier hebben plaatsgevonden³. Aan de hand van deze inzagen kunnen de zorgverzekeraars bepalen of voldoende zekerheid is verkregen dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie het meest is aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Dat betekent dat bij de overige ongeveer 999.997.500 declaratieregels inzage in het medisch dossier niet noodzakelijk is gebleken om het voor zorgverzekeraars vereiste beeld te krijgen. Gelet op het feit dat in de huidige procedure de bijzondere persoonsgegevens voldoende zijn beschermd lijkt voor het relatief kleine aantal daadwerkelijke inzagen overgaan naar een alternatieve procedure met de onafhankelijk deskundig arts (ODA) als tussenschakel disproportioneel.

Daarnaast wil iedere partij, ook in de zorg, zo snel mogelijk duidelijkheid hebben over zijn financiële situatie. Het huidige proces van materiële controle leidt er veelal toe dat pas drie jaar na het boekjaar duidelijkheid bestaat over die situatie. Het belasten van het controleproces met de inschakeling van een ODA zal dat proces nog tijdrovender maken.

² Kamerstukken II, 2015/16, 33 980, nr. 28

³ Kamerstukken II 2015/16, 33 980, nr. 10

Op welke wijze wordt gewerkt aan de openbaarmaking en het transparant maken van de precieze omvang van zorgfraude?

De precieze omvang van fraude in de zorg is lastig te kwantificeren, omdat fraude per definitie heimelijk plaatsvindt en we niet weten wat we niet weten. Dat gezegd hebbende, zijn er wel cijfers bekend. Zo publiceert Zorgverzekeraars Nederland (ZN) jaarlijks de resultaten van het uitvoeren van controles en fraudebeheersing door zorgverzekeraars⁴. Verder zijn er onder meer de Rapportage Signalen Zorgfraude⁵ van het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) en het verantwoordingsdocument jaarverslag en jaarrekening van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze informatie is openbaar.

In het Programma Rechtmatige zorg⁶ is opgenomen dat de monitoring van de voortgang en de effectmeting van dit programma waar mogelijk met feiten en cijfers worden onderbouwd. Hiervoor worden verschillende indicatoren gehanteerd, zoals het aantal signalen en meldingen over (vermoedens) van onrechtmatigheid die zijn binnengekomen bij ketenpartners, het aantal uitgevoerde fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars en -kantoren, en het aantal strafrechtelijke onderzoeken door de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Openbaar Ministerie. Aan de hand van deze (en andere) indicatoren wordt de voortgang gemonitord en wordt hier indien nodig op bijgestuurd. Daarnaast wordt samen met ketenpartners gekeken hoe meer duiding gegeven kan worden aan de aard en omvang van fouten en fraude in de zorg. De resultaten hiervan worden in de jaarlijkse voortgangsrapportage van het programma "Rechtmatige Zorg" aan de Tweede Kamer gecommuniceerd, zodat feiten en cijfers die bekend zijn openbaar en overzichtelijk bij elkaar staan. De eerstvolgende voortgangsrapportage wordt eind van dit jaar aangeboden aan de Tweede Kamer.

De leden van de PVV-fractie vragen naar de borging van patiëntgegevens en medische geheimhouding door medische adviseurs?

De borging van patiëntgegevens vindt plaats doordat een speciale functionele eenheid bij een verzekeraar belast is met het verwerken van patiëntgegevens. 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. Het tuchtrecht is ook van toepassing op die medisch adviseur. De verwerking van patiëntgegevens gebeurt onder verantwoordelijkheid van die medisch adviseur van de verzekeraars. Overigens is ook in de wet vastgelegd dat personen werkzaam bij de ziektekostenverzekeraar, voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat.

De leden van de SP-fractie vragen de regering te verduidelijken hoe het voorliggende voorstel van wet en het gedurende de afgelopen zomer voor internetconsultatie aangeboden concept wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg zich tot elkaar verhouden.

Het voorstel voor de Wet bevorderen samenwerken en rechtmatige zorg is afgelopen juni aangeboden voor internetconsultatie. Dat wetsvoorstel heeft als doel het bevorderen van de aanpak van fraude in de zorg door middel van gegevensuitwisseling en bestaat uit twee

⁴ Rapportage bij persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017, <https://assets.zn.nl/p/32768/files/ZN-rapportage%20resultaten%20controle%20en%20fraudebeheersing%202017.pdf>

⁵ Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 109

⁶ Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 108

onderdelen. Het eerste onderdeel betreft het Informatieknooppunt Zorgfraude (IKZ). Het IKZ krijgt de taak om (eerste) signalen van fraude in de zorg te verrijken. Met verrijken wordt bedoeld dat het IKZ signalen van fraude in de zorg aanvult met informatie uit open en gesloten bronnen. Om persoonsgegevens uit de gesloten bronnen te ontvangen krijgt het IKZ de bevoegdheid om persoonsgegevens van de in dat wetsvoorstel genoemde instanties te ontvangen. Na verrijking stuurt het IKZ het verrijkte signaal naar de instantie die met dat signaal verder kan. Daarnaast krijgt het IKZ de taak om op basis van de informatie die het opbouwt trends en fenomenen te signaleren. Met beide taken krijgt het IKZ een ondersteunende rol voor toezichthouders en opsporingsdiensten, zodat signalen die nu nog niet sterk genoeg zijn om op te acteren, versterkt worden. Het tweede deel van het wetsvoorstel geeft gemeenten, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders de mogelijkheid om een rechtspersoon of natuurlijk persoon te registreren in een waarschuwingsregister zorg indien na eigen onderzoek is gebleken dat deze (rechts)persoon heeft gefraudeerd en er van deze aangifte vanwege fraude is gedaan. Door dit waarschuwingsregister zorg kunnen partijen elkaar informeren over frauderende (rechts)personen zodat voorkomen wordt dat een fraudeur in een andere gemeente of ander zorgdomein verder gaat met de frauduleuze praktijken.

Het voorliggende wetsvoorstel voorziet er onder meer in dat de Nederlandse Zorgautoriteit gegevens kan uitwisselen met enkele bij fraudebestrijding betrokken instanties. Zo wordt het OM, de ISZW, de politie en de rijksbelastingdienst in artikel 70, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), toegevoegd 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. Bij die informatieverstrekking aan de bovengenoemde instanties blijven de waarborgen van het (afgeleid) strafrechtelijke verschoningsrecht 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 politiegegevens gestelde voorschriften. De Autoriteit Persoonsgegevens houdt behalve op de AVG, ook toezicht op de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens en de Wet politiegegevens.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur werkzame medewerkers van voldoende kwalificatieniveau beschikken om antwoord te kunnen geven op de vraag of de geleverde zorgprestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde was aangewezen. En zij voegen daaraan toe of daarbij voorkomen kan worden dat zij feitelijk op de stoel van de behandelaar gaan zitten.

De functionele eenheid bij de verzekeraar die de declaratie zorginhoudelijk beoordeelt beschikt over medewerkers (medisch adviseurs) die voldoende kennis hebben van de stand van de wetenschap en de praktijk waaraan moet worden getoetst of de verleende zorg onder het verzekerde pakket van de zorgverzekering valt. Bij de materiële controle wordt rekening gehouden met de beoordelingsvrijheid die de behandelaar heeft op grond van zijn professionele standaard. De zorgverzekeraar gaat dan ook niet op de stoel van de behandelaar zitten. Bij voorkeur wordt de beoordeling gedaan door medewerkers met dezelfde professie als de behandelaar.

De leden van de PvdA fractie vragen een reactie op de mogelijkheid dat de kans op ongerustheid bij de verzekerde en mogelijke schade in de vertrouwensrelatie tussen de verzekerde en zorgaanbieder groter is als de verzekerde pas na drie maanden te horen krijgt dat de verzekeraar in zijn medisch dossier heeft gekeken dan wanneer de verzekerde vooraf was geïnformeerd.

De regering ziet geen reden voor grotere ongerustheid als de verzekerde correct wordt geïnformeerd over het doel van de inzage en gevolgen die aan de inzage die plaats heeft gevonden zijn verbonden.

Is de kans hierop niet des te groter als de verzekerde pas na drie maanden te horen krijgt dat de verzekeraar de privacy heeft geschonden en in zijn medisch dossier heeft gekeken? Graag een reactie van de regering op dit punt.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie waarom de verzekerde niet op de dag dat de inzage in de medische gegevens plaatsvindt wordt geïnformeerd, geeft de regering aan dat het nadere onderzoek hierdoor belemmerd kan worden.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar een toelichting op de belemmeringen die de regering ziet indien de verzekerde op de dag dat de inzage in de medische gegevens plaatsvindt wordt geïnformeerd.

Tijdens de plenaire behandeling van het wetsontwerp in de Tweede Kamer is gevraagd door onder andere het Kamerlid Volp (PvdA) of het niet andere opsporingstrajecten en rechtsgangen in gevaar kan brengen. Dat zou, in enkele gevallen waarbij het onderzoek langer duurt, het geval kunnen zijn, zeker als deze een vermoeden van fraude bij de patiënt betreffen. De regering heeft zich daarbij aangesloten. De belemmeringen kunnen zijn dat een verzekerde de informatie deelt met de zorgaanbieder of derden en daardoor voor controle benodigd bewijs wordt vernietigd.

De minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins