

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2000

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *psychiaters en psychotherapeuten die weigeren contracten te tekenen met zorgverzekeraars* (ingezonden 11 maart 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 20 april 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1765.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het feit dat honderden psychotherapeuten en psychiaters weigeren contracten te tekenen, zodat ze niet vastzitten aan behandelplafonds en regelzucht van zorgverzekeraars?¹

Antwoord 1

Zoals ik reeds in mijn brief van 6 februari jongstleden. (TK 2014–15, 31 765, nr. 116) heb aangegeven is naar mijn oordeel contractering het vehikel om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en de betaalbaarheid te vergroten. De ruggengraat van het systeem is dat zorgverzekeraars met de zorgaanbieders afspraken maken over kwaliteit en prijs. In het belang van patiënten en premiebetalers is het zaak om de motivatie daarvoor hoog te houden, bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. Het risico bestaat dat de motivatie aan beide zijden afneemt, waardoor zowel de verbetering van de kwaliteit alsook die van doelmatigheid stukt.

Daarom moet de prikkel om een contract met elkaar te willen sluiten worden vergroot. De maatregelen die ik in de genoemde brief aankondigde zijn daarop gericht.

Vraag 2

Vindt u het juist dat zorgverzekeraars zich bemoeien met welke behandelings-technieken wel en niet gebruikt mogen worden? Waar ligt wat u betreft primair de verantwoordelijkheid voor het besluit om een bepaalde behandelings-techniek al dan niet te gebruiken? Kunt u uw reactie van onderbouwing voorzien?

¹ Volkskrant, maandag 23 februari 2015

Antwoord 2

De basis voor een behandeling is een adequate diagnose en/of triage, waarbij een valide screeningsinstrumentarium is toegepast. Afhankelijk van aard en ernst van de problematiek en persoonskenmerken en achtergrond van de hulpvrager wordt een behandelplan opgesteld. Dit behandelplan bepaalt de indicatie voor zorg. Dit professionele oordeel van de bevoegd behandelaar vormt voor zorgverzekeraars het uitgangspunt. De zorgverzekeraar heeft de wettelijke taak te controleren of de gedeclareerde behandeling voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk en of deze het meest was aangewezen gelet op de stand van de gezondheid van de patiënt (zorgvraag). Dat is een van de vereisten voor een behandeling om rechtmatig gedeclareerd te worden. Een zorgverzekeraar heeft geen bevoegdheid om het professioneel oordeel van een bevoegd behandelaar – indien de behandelaar de geldende richtlijnen volgt – naast zich neer te leggen. Het is wel van belang dat de behandelaar niet alleen de richtlijn volgt, maar in de behandeling ook interventies (technieken) hanteert die bewezen effectief zijn en voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Alleen als dat het geval is, kan de behandeling in aanmerking komen voor vergoeding vanuit het verzekerde basispakket.

Vraag 3

Klopt het dat Routine Outcome Monitoring (ROM) een overkoepelende term is voor uiteenlopende methoden die als primaire doelstelling hebben de kwaliteit van de zorg te verbeteren, en daarmee vooral een behandeltool is? Zo ja, wat betekent dat voor de geschiktheid van ROM-gegevens voor een benchmark? Kunt u uw reactie onderbouwen?

Antwoord 3

Routine Outcome Monitoring (ROM) is geen «behandeltool», in de zin dat het een bewezen effectieve behandeling betreft voor een psychische stoornis. ROM is een methodiek om geregeld de behandeluitkomst te meten (ongeacht het gebruik van een bepaalde interventie) en zodoende het verloop van de behandeling bij individuele cliënten te volgen met behulp van evidence based meetinstrumenten. Dat wordt gedaan door de behandelende zorgaanbieder aan de hand van ROM-vragenlijsten die zijn afgestemd op het zorgdomein waarvoor deze wordt gebruikt (bijvoorbeeld «curatieve ambulante zorg aan volwassenen» of «zorg bij ernstige psychiatrische aandoeningen»). Op gezette tijden wordt een meting uitgevoerd bij de cliënt, bijvoorbeeld iedere sessie, telkens na een aantal sessies of op vaste momenten in de tijd, zoals iedere drie maanden. De meetresultaten worden teruggekoppeld naar de behandelaar en de cliënt, die deze gezamenlijk bespreken. Op deze manier kan bijtijds duidelijk worden dat een bepaalde behandeling, of techniek «aanslaat» of niet, waarna zo nodig een behandeling kan worden aangepast. ROM is dus primair bedoeld om de behandeling te ondersteunen en het kan zodoende de kwaliteit van de zorg verbeteren.

Aanvullend levert deze methodiek echter ook gegevens op om de uitkomst van zorg bij groepen patiënten te evalueren en hiervan te leren: benchmarken. Door centraal – bij Stichting Benchmark GGZ (SBG) – de begin- en eindmetingen van de toestand van cliënten te verzamelen, ontstaat de mogelijkheid om geaggregeerde uitkomsten bij groepen cliënten te vergelijken. Zo'n groep kan bijvoorbeeld een diagnostische zuivere groep zijn (alle cliënten met een diagnose depressie), een bepaald zorgdomein binnen de geestelijke gezondheidszorg betreffen, of de caseload van één behandelaar (alle afgesloten behandelingen in een bepaalde periode), etc. De begin- en eindmetingen van behandelingen worden geaggregeerd tot spiegelinformatie. Zorgaanbieders kunnen met deze spiegelinformatie rapportages maken op het niveau van de instelling als geheel, per locatie, per afdeling en per behandelaar. Op deze manier wordt voor een aanbieder inzichtelijk hoe deze presteert ten opzichte van andere aanbieders of ten opzichte van een landelijk gemiddelde (de SBG-benchmark). Voor de zorgaanbieder wordt daardoor duidelijk wat het beste werkt bij wie en waar kansen voor verbetering liggen in het eigen proces van zorgverlening.

Zorgverzekeraars krijgen via de benchmark in principe alleen inzicht in het landelijk gemiddelde. Van ggz-instellingen waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst tot inkoop van zorg heeft, of van ggz-instellingen die een zorgverzekeraar daartoe geautoriseerd hebben, kan de zorgverzekeraar ook

inzicht krijgen op instellingsniveau. Zorgverzekeraars kunnen die aanbieders daardoor onderling vergelijken. Er is een aantal pilotprojecten gaande waarin zorgverzekeraars en zorgaanbieders samen, onder externe projectbegeleiding, ervaring op doen met de benchmarkresultaten. Het doel is om eventuele verschillen in behandeluitkomst tussen zorgaanbieders te verklaren en/of nader te onderzoeken.

Vraag 4

Klopt het dat de ROM-gegevens die door zorgverzekeraars gevraagd worden een «one-size-fits-all»-verplichting is?² Zo ja, bestaat er naar uw mening een risico dat dit opleggen van een eenheidsproduct positieve ontwikkelingen kan doorkruisen, waarbij beroepsgroepen in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) ROM-activiteiten ontwikkelen met door hen gekozen instrumenten, die geschikt zijn voor de specifieke setting en patiëntengroep?

Antwoord 4

Nee, er wordt geen eenheidsproduct opgelegd: ROM wordt in het veld divers toegepast. De zorgverzekeraars verplichten alleen tot het aanleveren van de eerste en laatste meting rondom de behandeling met meetinstrumenten die zijn afgestemd op de betreffende setting of patiëntengroep. Er geldt een aantal regels en afspraken om uniformiteit in de verzamelde gegevens te bevorderen zodat wordt voorkomen dat «appels met peren worden vergeleken». Die afspraken zijn tot stand gebracht door SBG in overleg met zorgverzekeraars en professionals uit het veld en ondersteund door een wetenschappelijke adviesraad, en door expertraden voor de verschillende zorgdomeinen in de GGZ. Deze raden werken samen met SBG aan een onderzoeksagenda die erop gericht is de benchmark verder te verbeteren. Besluitvorming hierover vindt plaats in het bestuur van SBG, dat bestaat uit verzekeraars, aanbieders en patiëntenorganisaties.

Vraag 5, 6

Zal de verplichting om ROM-gegevens aan te leveren aan de Stichting Benchmark GGZ, zoals u aangekondigd heeft in uw brief van 6 februari 2015³, voor de gehele GGZ-sector gaan gelden, ongeacht of de zorgverlener wel of niet gecontracteerd is?

Bent u bereid bij de uitwerking van het plan om ROM-gegevens verplicht aan te leveren Actal te laten onderzoeken welke administratieve lasten deze verplichting met zich mee brengen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5, 6

De uitwerking van de kwaliteitseisen uit de genoemde brief zal gedeeltelijk worden vervat in de algemene maatregel van bestuur (AMvB) op grond van de nog te aanvaarden Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. De concept AMvB zal na de zomer aan de Tweede Kamer worden voorgelegd. De administratieve lasten van de kwaliteitseisen en de uitwerking ervan zullen worden onderzocht. Ik zal Actal daarbij betrekken.

Vraag 7

Herkent u het beeld, dat de psychiater in het artikel signaleert, dat zorgverzekeraars informatie over cliënten misbruiken, waardoor bijvoorbeeld hypotheeken worden geweigerd omdat de cliënt ooit voor een depressie behandeld is?⁴ Wat is uw oordeel als een dergelijke situatie zich voordoet?

Antwoord 7

Ik herken dit beeld niet. De Wet op de medische keuringen staat niet toe dat het medische dossier van een cliënt – dat is ingericht ten behoeve van een zorgverzekering – wordt gebruikt voor de verstrekking van een hypotheek. Tevens worden dossiers binnen één verzekeringskantoor strikt gescheiden behandeld.

² J. van Os e.a. «ROM: gedragsmaatregel of dwangmaatregel? Overwegingen bij het thema-nummer over routine outcome monitoring» in: Tijdschrift voor psychiatrie 54 (2012), p. 245–253.

³ TK 2014–2015, 31 765, nr. 116

⁴ Volkskrant, maandag 23 februari 2015

Bij het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering of levensverzekering – zoals de overlijdensrisicoverzekering voor een hypotheek – kan het wel zo zijn dat aan een verzekeringsnemer gegevens over de gezondheid worden gevraagd. De verzekeringnemer moet deze zelf en naar waarheid beantwoorden.

Vraag 8

Op welke wijze kan iemand bezwaar maken als bijvoorbeeld een hypotheek of arbeidsongeschiktheidsverzekering geweigerd wordt op basis van medische gegevens die de betreffende financiële instelling niet had mogen hebben?

Antwoord 8

Indien een consument een klacht heeft die ziet op het weigeren van het aangaan van de relatie met een financieel dienstverlener of van het uitbreiden van dienstverlening, kan deze zijn klacht voorleggen aan het Klachteninstituut Financiële Dienstverlening, kortweg Kifid.

Voor klachten over een zorgverzekering is er de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF).

Vraag 9

Herkent u het signaal uit de uitzending van Radar TV⁵, waaruit blijkt dat zorgverzekeraars de materiële controle ook aan het begin van de behandeling doen, terwijl dit wettelijk gezien alleen achteraf mag, bij signalen dat er mogelijk gefraudeerd is?

Antwoord 9

Materiële controle kan per definitie alleen achteraf plaats vinden. Er zijn echter meerdere momenten waarop de zorgverzekeraar medische informatie van de verzekerde patiënt kan verwerken, ook vooraf en zonder dat er signalen zijn dat er mogelijk gefraudeerd is: bij een aanvraag van een machtiging, bij het verwerken van de declaratie en bij de controle op de ingediende declaratie. Te allen tijde geschiedt dit ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Om het verzekerd recht van de verzekerde vast te stellen, kunnen zorgverzekeraars bij het uitvoeren van de formele controle gebruik maken van de verwijzing en de verleende machtiging. Dat geeft ook zekerheid voor de verzekerde vooraf of de declaratie voor vergoeding in aanmerking komt. Medische informatie wordt bij verzekeraars verwerkt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.

Vraag 10

Welke wettelijke waarborgen zijn er om te voorkomen dat medische gegevens gebruikt worden voor oneigenlijke doelen door derden? Hoe wordt hier toezicht op gehouden?

Antwoord 10

Privacyregels (onder andere het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM), de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), de Wet beroepen individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)) stellen zware eisen aan een inperking van privacy door bijvoorbeeld het verwerken van persoonsgegevens. Artikel 8 van het EVRM bepaalt dat een ieder recht heeft op respect voor zijn privéleven. Bij een inperking van dat recht moet de noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit worden aangetoond.

De Wbp verbiedt de verwerking van persoonsgegevens met betrekking tot de gezondheid van personen. Artikel 21 Wbp bevat uitzonderingen voor hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg en zorgverzekeraars.

De mogelijkheden van zorgverzekeraars om controle uit te voeren zijn met veel waarborgen omkleed en uitgewerkt in hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekeringen (op basis van artikel 87 en 88 van de Zorgverzekeringswet) en in het daarop gebaseerde Protocol materiële controle van Zorgverzeke-

⁵ Radar TV – Uitzending 23 februari 2015

raars Nederland (ZN). Dat protocol maakt weer onderdeel uit van de *Gedragcode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars* van ZN⁶. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet toe op de uitvoering van de wettelijke verzekeringen en het College bescherming persoonsgegevens (CBP) ziet toe op de juiste uitvoering van de Wbp. Een belangrijke waarborg is dat alleen de medisch adviseur, of iemand onder zijn verantwoordelijkheid, na het doorlopen van alle stappen van de materiële controle, gegevens uit het medisch dossier mag inzien, voor zover dat nodig is voor de materiële controle op de specifieke declaratie. De medisch adviseur (bijvoorbeeld een arts of psychotherapeut) is bovendien gehouden aan de wet- en regelgeving en beroepscode (zoals medisch beroepsgeheim). Voor medewerkers bij zorgverzekeraars is nog een aanvullende geheimhoudingsbepaling in artikel 21 lid 2 Wbp opgenomen.

Vraag 11

Hoe wordt voorkomen dat een verzekeraar die zowel zorgverzekeringen als andere verzekeringen zoals hypotheek aanbiedt, de gegevens van de zorgverzekeraar zonder toestemming van de cliënt gebruikt voor de andere verzekeringen?

Antwoord 11

In de *Gedragcode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars* van ZN is opgenomen hoe persoonsgegevens binnen een zorgverzekeraar worden verwerkt en welke personen in welke gevallen geautoriseerd zijn om die gegevens te verwerken. In de Regeling zorgverzekeringen en de voornoemde gedragcode is het systeem van «Chinese muren» gehandhaafd zoals dat sinds de totstandkoming van de Zvw wordt gehanteerd. Die «Chinese muren» zijn voorzieningen die moeten voorkomen dat de medische gegevens die een verzekeraar verwerkt in het kader van de basisverzekering, verder worden gebruikt binnen het concern ten behoeve van andere verzekeringen (zoals een levensverzekering of een arbeids-ongeschiktheidsverzekering) en diensten.

Vraag 12

Kent u de uitspraak van de Rechtbank in Amsterdam uit november 2013, waarin is geoordeeld dat bij het verstrekken van diagnose-informatie over individuele patiënten aan zorgverzekeraars, uitzonderingsregels moeten gelden die de vertrouwelijkheid en geheimhouding bij de behandeling van psychische klachten waarborgen?⁷ Herkent u de signalen dat zorgverzekeraars op zoek zijn naar manieren om zich hier niet aan te hoeven houden? Hoe wordt hier toezicht op gehouden?

Antwoord 12

De uitspraak van de Rechtbank Amsterdam uit november 2013 vernietigde het besluit van het CBP om de *Gedragcode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars* van ZN goed te keuren. De rechtbank kwam tot dit oordeel omdat in die gedragcode nog niet het oordeel van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) was meegenomen. Het CBb heeft geoordeeld dat de NZa in de regels de mogelijkheid moest opnemen dat individuele patiënten op hun verzoek geen diagnosegegevens hoefden te verstrekken bij de declaratie. De NZa heeft nadien de regeling als volgt vorm gegeven: binnen de curatieve GGZ (GGZ ten laste van de Zvw) is het mogelijk om de informatie over de diagnose niet op de declaratie te zetten (oftewel de factuur van de zorgaanbieder voor de verzekerde ten behoeve van de verzekering) als de zorgaanbieder en cliënt hiertoe een privacyverklaring tekenen. Informatie die niet aan verzekeraars wordt doorgegeven, komt ook niet op de nota van de verzekeraar aan de cliënt of in de «mijnomgeving». De privacyregeling is door de NZa geëvalueerd waaruit bleek dat er weinig gebruik van wordt gemaakt: in 2013 ongeveer twintig keer⁸. Begin 2014 heeft de NZa de verzekeraars aangesproken op het correct gebruik van de privacyregeling. De zorgverzekeraars hebben hierop aangegeven de regeling

⁶ <https://www.zn.nl/branche/gedragcode/>

⁷ ECLI:NL:RBAMS:2013:7480

⁸ <http://www.nza.nl/publicaties/nieuws/Gebruik-privacyregeling-GGZ-beperkt/>

juist toe te zullen passen en in een enkel geval de procedures aan te scherpen⁹.

Ik heb geen signalen dat zorgverzekeraars op zoek zijn naar manieren om zich niet aan de vigerende wet- en regelgeving te houden omtrent het waarborgen van de privacy.

Vraag 13

Klopt het dat prijzen van behandelingen in de GGZ zodanig specifiek zijn dat zorgverzekeraars vaak ook aan de rekeningen kunnen zien welke behandeling er gedeclareerd wordt? Zo ja, vindt u dit wenselijk? Bent u bereid actie te ondernemen om declaraties niet-herleidbaar tot bepaalde diagnoses te maken? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 13

Als het maximumtarief van een behandeling op de declaratie wordt vermeld, is deze herleidbaar naar de diagnosehoofdgroep van de diagnose behandelcombinatie (dbc). Dat heeft de NZa in 2013 in de evaluatie van de privacyregeling reeds geconstateerd. De diagnosehoofdgroep van de dbc geeft doorgaans inzicht in het type stoornis, maar niet in de specifieke diagnose van de cliënt. Voorbeelden van diagnosehoofdgroepen in het dbc-systeem zijn: depressieve stoornissen, angststoornissen, aan alcohol gebonden stoornissen, maar bijvoorbeeld ook «restgroep diagnoses».

De NZa heeft geregeld dat als zorgaanbieder en cliënt gezamenlijk een privacyverklaring ondertekenen, cliënt en zorgaanbieder gerechtigd zijn om een afwijkend tarief te declareren (niet hoger dan het geldende maximumtarief) zodanig, dat dit afwijkende tarief niet herleidbaar is naar de diagnosehoofdgroep.

De zorgaanbieder, al dan niet samen met de cliënt, moet in dit geval in overleg met de zorgverzekeraar tot een afwijkende, maar voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure komen. De zorgverzekeraar is gehouden om binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan de totstandkoming van zo'n betalingsprocedure.

Vraag 14

Wanneer wordt de nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel Wijziging van de wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving naar de Kamer gestuurd?¹⁰

Antwoord 14

De nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel wordt dit voorjaar aan de Tweede Kamer gezonden.

⁹ Marktscan en beleidsbrief GGZ Deel A: Betaalbaarheid en wachttijden 2009–2014 (TK 2014/15, 31 765, nr. 111)

¹⁰ Kamerstukken 33 980