

Vergaderjaar 2015–2016

33 980

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

Nr. 8

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 21 september 2015

Inhoudsopgave		blz.
I	ALGEMEEN	1
1.	Inleiding	2
2.	Wie doet wat	20
3.	Regeldrukaspecten	34
4.	EVRM en Grondwet	35
5.	Wet bescherming persoonsgegevens	41
6.	Adviezen en consultaties	44
II	ARTIKELSGEWIJS	47

I ALGEMEEN

De regering heeft de vragen die de leden van de diverse Tweede Kamerfracties over bovengenoemd wetsvoorstel hebben gesteld met belangstelling gelezen. De regering hoopt met deze nota naar aanleiding van het verslag antwoord te geven op de vragen die bij de leden van de fracties leven.

Vooraf wil de regering naar aanleiding van de vragen die gesteld zijn over het medisch beroepsgeheim enkele punten uit dit wetsvoorstel ten opzichte van het medisch beroepsgeheim toelichten.

Wie zich tot de gezondheidszorg wendt, moet op vertrouwelijkheid kunnen rekenen. Het medisch beroepsgeheim is bedoeld om de vertrouwelijkheid van de behandeling van de patiënt en van diens gegevens te waarborgen. De regering wil benadrukken dat het medisch beroepsgeheim belangrijk en noodzakelijk is om te waarborgen dat patiënten zich vrij voelen om ook de meest persoonlijke informatie te verstrekken teneinde zo goed mogelijk behandeld te kunnen worden. De arts heeft dan ook een zwijgplicht ten aanzien van de gegevens die de patiënt met hem

deelt en zonder de toestemming van de patiënt kunnen de gegevens niet aan derden worden verstrekt. Zelfs met toestemming dient de arts hier zorgvuldig mee om te gaan. Het medisch beroepsgeheim omvat alle gegevens in het medisch dossier dat de zorgaanbieder heeft ingericht. Het betreft niet alleen de medische persoonsgegevens zoals medische klachten die de patiënt heeft of de behandeling die de arts voorschrijft, maar ook de afspraak van de patiënt in de agenda van de arts. Kortom, het medisch beroepsgeheim strekt ver.

In een aantal gevallen geldt een wettelijke doorbrekingsgrond. Bij een wettelijke doorbrekingsgrond kan de betrokken zorgaanbieder zonder toestemming van de patiënt gegevens verstrekken. Dit is aan de orde bij een declaratie van een zorgaanbieder voor een aan een verzekerde geleverde prestatie aan diens ziektekostenverzekeraar. De formele wetgever heeft bepaald dat de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen zwaarder weegt dan het belang dat het medisch beroepsgeheim beoogt te beschermen.

De kern van dit wetsvoorstel ten aanzien van de doorbreking van het medisch beroepsgeheim is dat naar aanleiding van toezeggingen aan de Tweede Kamer na de Europsyche casus de gegevensverstrekking tussen natura en restitutieverzekeringen gelijk wordt getrokken. Uit die casus bleek, dat de ziektekostenverzekeraars bij de restitutieverzekering – in tegenstelling tot bij een naturaverzekering – geen toereikende controle bij een zorgaanbieder kunnen uitvoeren. Deze ongelijkheid wordt met dit wetsvoorstel ongedaan gemaakt. Hier geldt dat de wettelijke doorbrekingsgrond zich beperkt tot gegevens die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen, de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). De wettelijke doorbrekingsgrond geldt bijvoorbeeld niet indien de verzekerde de kosten geheel zelf draagt (zelfbetaler).

De beantwoording sluit aan bij de systematiek en volgorde van het verslag en de memorie van toelichting. Voorafgaand aan de hoofdstukken twee tot en met zes worden in dit hoofdstuk de vragen beantwoord die door de leden van de verschillende fracties zijn gesteld in het inleidende deel van het verslag. Hoewel deze onderwerpen in de latere hoofdstukken deels opnieuw aan bod komen, wil de regering recht doen aan de inbreng van de leden van de verschillende fracties en deze inleidende vragen voorafgaand beantwoorden.

Op verzoek van de leden van de CDA-fractie is het advies van het Cbp over het wetsvoorstel bijgevoegd.¹

Tevens biedt de regering separaat de Tweede Kamer een nota van wijziging op het wetsvoorstel aan, mede vanwege de inwerkingtreding van de Wlz.

1. Inleiding

De leden van de VVD fractie vragen in hoeverre het voorgenomen wetsvoorstel van invloed is op de mogelijkheden voor zorgaanbieders om gebruik te maken van experimenteerartikelen en of deze experimenteer-ruimte met dit wetsvoorstel wordt verkleind.

¹ Advies Cbp over VTO WMG: Adviesaanvraag over wetsontwerp Verbetering toezicht en opsporing WMG; 2 oktober 2013, kenmerk Z2013 – 0063, Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De regering vindt het uitermate belangrijk dat er binnen de huidige regelgeving geëxperimenteerd kan worden en onderschrijft het schrappen van overbodige regels en het streven onnodige zorgkosten te voorkomen. Hiertoe heeft zij bijvoorbeeld in de door de leden aangehaalde Wlz, twee experimenteerartikelen opgenomen, namelijk de artikelen 10.1.1 en 10.1.2. Ook is het op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) reeds mogelijk om te experimenteren met andere vormen van bekostiging, bijvoorbeeld via de beleidsregel innovatie van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op basis van een aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het wetsvoorstel vergroot de mogelijkheden. Bij een experiment kan ook de strafbaarstelling bij het in rekening brengen voor zowel tarieven als voor prestaties nu gedeeltelijk buiten werking worden gesteld. Dat vergroot de mogelijkheid om op maat te experimenteren.

De leden van de VVD-fractie vragen of toezicht, opsporing, naleving en handhaving van fraude en onjuiste declaraties en de daarbij betrokken instanties met voorliggend wetsvoorstel gelijk zijn in de curatieve en de langdurige zorg. Daarnaast vragen zij, indien dit niet het geval is, wat de verschillen zijn en waarom deze noodzakelijk zijn?

De met dit wetsvoorstel beoogde wijzigingen beogen bij te dragen aan het verbeteren van het toezicht, de opsporing, naleving en handhaving van fraude en fouten. Dit wetsvoorstel is van toepassing op zorg die onder de reikwijdte van de WMG valt en waar de NZa dus toezicht op houdt. Dit betreft zorg of diensten als omschreven bij of krachtens de Zvw en de Wlz, werkzaamheden van beroepsbeoefenaren in de zin van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), en tot degenen die deze zorg verlenen of verzekeren. Voor de door de leden van de VVD-fractie genoemde vormen van zorg, dus curatieve en langdurige zorg, bestaan daarmee dezelfde instrumenten voor toezicht en handhaving. Per situatie wordt door alle betrokken partijen bekeken welk middel het meest efficiënt en effectief is, waarbij de subsidiariteit en de proportionaliteit in acht worden gehouden.

De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze de regering het grijze gebied van de ondoelmatige declaraties wil aanpakken en hoe de bestrijding van dit type declaraties plaatsvindt, en of deze een plaats vindt in dit wetsvoorstel.

Zorgverzekeraars zijn wettelijk belast met de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Wlz-uitvoerders zijn belast met rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz. Zij voeren hiertoe formele en materiële controles uit. Bij de formele controle gaat de ziektekostenverzekeraar² na of:

- de zorgaanbieder het tarief in rekening heeft gebracht voor een prestatie aan een bij de ziektekostenverzekeraar verzekerde persoon;
- de geleverde prestatie behoort tot het verzekerde pakket van de verzekerde;
- de zorgaanbieder bevoegd is tot het leveren van de gedeclareerde prestatie;
- het gedeclareerde tarief het tarief is dat binnen de grenzen van de WMG met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Bij een materiële controle gaat de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder na of

- de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd (rechtmatigheid);

² 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.

- of die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde («gepaste zorg»).

Materiële controle is een instrument om het publieke belang van «betaalbaarheid» te borgen. Dit wetsvoorstel bevat een aantal maatregelen die de prikkel van rechtmatige declaraties bevorderen, zoals de mogelijkheid voor de NZa om ziektekostenverzekeraars te verplichten verzekerden declaratieoverzichten te verstrekken. Hierdoor worden verzekerden beter in staat gesteld te controleren of de in rekening gebrachte zorg correct is en dus – wanneer dat niet het geval is – stappen te zetten om dit te corrigeren.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar een schatting van de kosten die als gevolg van fraude en als gevolg van ondoelmatigheid ten onrechte ten laste van de zorgverzekeringen worden gebracht.

De NZa heeft een onderzoek uitgevoerd naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz), de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de mondzorg, de medisch specialistische zorg, de fysiotherapie, het persoonsgebonden budget (pgb) en de zorg in natura bij zorg geleverd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De NZa heeft in dit kader onderzoek gedaan naar de onregelmatigheden in declaratiebestanden van de genoemde sectoren. In de «Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg»³ is de Tweede Kamer over de eindconclusies ten aanzien van de fraudegevoelige aspecten en over de uitkomsten van de omvang van onregelmatigheden in de zorg als onderzocht door de NZa geïnformeerd.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de verhouding tussen de bepalingen van dit wetsvoorstel inzake het verbeteren van de mogelijkheden om verzekerden inzicht te bieden in hun zorgnota en de inhoud van de Kamerbrief «Stand van zaken kostenbewustzijn».⁴

Met dit wetsvoorstel krijgt de NZa op basis van het voorgestelde artikel 40a van de WMG de bevoegdheid om in nadere regels eisen aan de verplichte informatie-uitlevering van ziektekostenverzekeraars aan hun verzekerden vast te leggen. De NZa kan onder meer regels stellen over volledigheid en juistheid van de overzichten. De NZa is bevoegd dit te doen voor alle zorgsectoren, waaronder de medisch specialistische zorg en ggz. Wettelijk wordt vastgelegd dat de NZa de mogelijkheid heeft om handhavend op te treden indien verzekeraars of Wlz-uitvoerders de verplichte informatie-uitlevering aan verzekerden niet nakomen. Zie in dit verband de wijzigingen van de artikelen 76, 82 en 85 van de WMG en artikel 84 van de WMG. Vooruitlopend op dit wetsvoorstel en de vaststelling van de nadere regels door de NZa zijn zorgverzekeraars zelf aan zet om de zorgnota voor de patiënt inzichtelijk te maken. In de voortgangsbrief Kostenbewustzijn van 29 juni jl. heeft de regering de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van dit traject⁵.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom er in het wetsvoorstel niet is gekozen voor een meer dwingende formulering met betrekking tot de bepalingen over inzichtelijke rekeningen.

³ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr. 75 met bijlagen.

⁴ Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 534.

⁵ Kamerstukken II 2014/15, 29 689, nr. 624.

De WMG bevat een gereedschapskist met instrumenten die inhoud krijgt bij het inzetten van een bepaald instrument in een bepaalde situatie. Dit geldt ook voor de instrumenten die met dit wetsvoorstel aan de WMG worden toegevoegd. De NZa krijgt daarmee een discretionaire bevoegdheid ten aanzien van het stellen van regels betreffende inzichtelijke rekeningen. Het gaat hierbij om technische uitvoeringsregels. De regering vertrouwt erop dat de NZa van deze bevoegdheid gebruik maakt wanneer zij dat nodig acht. Dit past ook bij het karakter van een zelfstandig bestuursorgaan. Bovendien heeft de NZa reeds aangegeven dat zij, naar aanleiding van de monitor «transparantie voor consumenten»⁶, haar transparantietoezicht gaat verscherpen.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de stand van zaken rondom de inzichtelijke rekening. Zij vragen of deze rekeningen in grote getale worden versterkt, welke knelpunten resteren en hoe deze worden weggenomen.

In de voortgangsbrief Kostenbewustzijn van 29 juni jl. heeft de regering de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken van het traject kostenbewustzijn⁷.

In de medisch specialistische zorg kunnen verzekerden bij wie de behandeling na 1 juni 2014 is gestart, bij het afsluiten van de DBC, op de «mijnomgeving» van de zorgverzekeraar een inzichtelijke zorgnota inzien. Door de zorgaanbieder wordt vanaf die datum bij de declaratie aanvullende informatie meegeleverd, die getoond wordt via de «mijnomgeving». De informatie op de nieuwe inzichtelijke nota is uitgebreider dan op de oude nota. Naast de DBC en het specialisme wordt de diagnose en de uitgevoerde zorgactiviteiten meegeleverd en zichtbaar gemaakt op de «mijn omgeving». Daarnaast is de nota begrijpelijker gemaakt, door consumentenvertalingen op te nemen. Inmiddels is gebleken dat verzekerden de nota inderdaad begrijpelijker vinden.

Ook in de ggz zijn maatregelen genomen om de terugkoppeling van de kosten van ggz-zorg te verbeteren. Zo wordt voor alle behandelingen die na 1 januari 2014 zijn gestart de behandelingsduur op de ggz-factuur vermeld, uitgesplitst naar hoofdbehandelaar en medebehandelaren. In de basis-GGZ vindt de patiënt daarnaast op de factuur welke prestatie geleverd is: kort, middellang, intensief, chronisch of een onvolledig behandeltraject (bij onterechte verwijzing naar de basis-GGZ). In de gespecialiseerde GGZ staat, tenzij de cliënt daartegen bezwaar heeft gemaakt in een privacyverklaring, de diagnoseclassificatie op de factuur. Daarmee heeft ook de patiënt toegang tot deze relevante informatie. Waar de informatie op de factuur voor patiënten onduidelijk is, wordt een zogenoemde consumentenvertaling opgesteld, die uiteindelijk automatisch op de «mijnomgeving» geplaatst kan worden.

De leden van de SP-fractie vragen of het niet nogal ongericht is om wetten te wijzigen als een goede analyse van fraude niet is gemaakt. Zij vragen of de regering bereid is om een analyse te maken van de fraudegevoeligheid van het zorgstelsel en met oplossingen te komen om fraude te voorkomen in plaats van op te sporen. De leden van de SP-fractie vragen of niet aan «de verkeerde» kant wordt begonnen en of het niet beter is fraude te voorkomen in plaats van op te sporen.

Een belangrijke stap in het voorkomen van onrechtmatigheden in de zorg is het verkrijgen van meer inzicht in de kwetsbare plekken in ons zorgstelsel en het bevorderen van de naleving van wet- en regelgeving.

⁶ http://www.nza.nl/104107/105773/953131/Monitor_Transparantie_voor_consumenten_en_beleidsbrief.pdf.

⁷ Kamerstukken II 2014/15, 29 689, nr. 624.

Zicht op de aard en omvang van risico's maakt een meer gerichte aanpak van het probleem mogelijk. De NZa heeft daarom onderzoek uitgevoerd naar deze kwetsbaarheden in het stelsel en de omvang van onregelmatigheden in declaratiegegevens onderzocht. In de eerder genoemde «Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg»⁸ is de Tweede Kamer geïnformeerd over de eindconclusies ten aanzien van de fraudegevoelige aspecten en over de uitkomsten van de omvang van onregelmatigheden in de zorg. Het onderzoek van de NZa levert drie concrete zaken op. In de eerste plaats wordt op basis van dit onderzoek duidelijk waar onregelmatige declaraties zijn ingediend. De NZa gebruikt deze informatie als input voor haar toezicht. Ten tweede wordt de methodiek die de NZa heeft ingezet om te toetsen op onregelmatigheden overgedragen aan de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders, zodat zij deze toetsen kunnen gebruiken in hun controles. Op die manier komen mogelijke overtredingen in een vroeg stadium aan het licht, zodat fouten snel kunnen worden hersteld en fraude direct kan worden opgespoord en aangepakt. Tot slot geeft het onderzoek een actueel overzicht van de belangrijkste kwetsbaarheden in ons zorgstelsel en hieruit volgend concrete aanbevelingen voor wat VWS, de NZa, aanbieders, zorgverzekeraars en cliënten en patiënten kunnen doen om onrechtmatigheden tot een minimum te beperken.

Een onderdeel van de aanpak is de fraudetoets voor nieuwe wet- en regelgeving. De regering is van oordeel dat het beter is fraude te voorkomen dan te bestrijden. Op die manier wordt een belangrijke bijdrage geleverd om fraude te voorkomen. Dat laat onverlet dat controle achteraf van declaraties, fraudeopsporing en bestrijding van deze fouten en fraude noodzakelijk blijft. In het Programmaplan rechtmatige zorg dat de Tweede Kamer is toegezonden, zijn hier verschillende stappen toe uiteengezet.⁹

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij daadwerkelijk meent dat het vertrouwen dat een patiënt of zorgbehoevende stelt in zijn behandelaar doorbroken moet worden ten behoeve van de opsporing van fraude.

De regering is van mening dat de vertrouwelijke relatie tussen zorgaanbieder en patiënt uitgangspunt van de individuele patiëntenzorg is, maar dat het vertrouwen kennelijk niet in alle gevallen in de weg staat aan onjuiste of onregelmatige declaraties aan die patiënt dan wel zijn ziektekostenverzekeraar. Het is ook in het belang van de patiënt te beseffen dat in het algemeen de verzekering tegen het risico van ziektekosten de grondslag is van de betalingen aan de zorgaanbieder voor de aan hem verleende zorg. Die verzekeringen zijn noodzakelijk om de financiële toegankelijkheid tot zorg te waarborgen.

De regering ziet een geclausuleerde toegang tot patiëntgegevens door verzekeraars als een onlosmakelijk en onvermijdelijk element van de door de wetgever vastgestelde verplichte verzekeringen tegen het risico van ziektekosten. Directe toegang tot medische dossiers gebeurt echter alleen in het uiterste geval. Voor het detecteren van fraude zal een dergelijke toegang meestal niet nodig zijn.

Op advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is die geclausuleerde en gefaseerde toegang tot medische persoonsgegevens in onderhavig voorstel op het niveau van de wet vastgelegd, artikelen 68a, derde lid, van de WMG, 87, vijfde lid, van de Zvw. Aan die fasering is in

⁸ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 75 met bijlagen.

⁹ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 89 met bijlage.

overleg met het veld en het Cbp vorm gegeven. Dit is neergelegd in de Regeling zorgverzekering, de Regeling langdurige zorg en de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG. Voor een uitgebreide toelichting op de fasering wordt verwezen naar de toelichting bij de wijziging van de Regeling zorgverzekering van 30 juni 2010.¹⁰ Bij nota van wijziging zal de geclausuleerde en gefaseerde toegang in de Wlz (artikel 9.1.2, vijfde lid) ook in het wetsvoorstel worden opgenomen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de casus Europsyche moet leiden tot het lichten van het medisch beroepsgeheim. Zij vragen of in de situatie van Europsyche ook niet vooral de mogelijkheid van de verlengde-armconstructie bij het inkopen en declareren van zorg het grootste probleem was. Zij vragen verder hoe de affaire van Europsyche eigenlijk afgehandeld is, of alle gedupeerde patiënten vervangende zorg aangeboden gekregen hebben, en of zij niet geconfronteerd zijn met onterechte rekeningen van de tijd vóórdat de zorgverzekeraars eindigden met hun vergoeding van zorgverlening via Europsyche.

De lessen die zijn geleerd uit de casus Europsyche zijn niet de enige redenen om met dit wetsvoorstel te komen. De casus Europsyche heeft wel duidelijk gemaakt dat het noodzakelijk is misbruik van tussenpersonen tegen te gaan. Hiervoor wordt de wettelijke verplichting tot het verstrekken van inlichtingen die noodzakelijk zijn voor de formele en materiële controle uitgebreid. De zorgaanbieders dienen bij levering van zorg aan een patiënt met een restitutiepolis de voor de uitvoering van de verzekering noodzakelijke persoonsgegevens ook aan diens ziektekostenverzekeraar te verstrekken. Zie daarvoor de wijzigingen van de artikelen 68a, tweede lid WMG en 87, tweede lid, Zvw.

Inderdaad speelde de inzet van een verlengde-armconstructie een rol in de casus Europsyche. De casus is mede aanleiding om uitdrukkelijk in de wet op te nemen dat als een zorgaanbieder die betrokken is bij de levering van zorg door een andere zorgaanbieder en aan deze een tarief in rekening brengt, verplicht is alle noodzakelijke gegevens te verstrekken aan de zorgaanbieder die declareert bij de verzekeraar of Wlz-uitvoerder dan wel de patiënt; artt. 68c WMG en 87b Zvw.

Over de verschillende aspecten van de afhandeling en nasleep van de casus Europsyche heeft de regering de Tweede Kamer geïnformeerd in brieven van 25 juni 2012¹¹, 29 juni 2012¹², 7 augustus 2012¹³, 20 maart 2013¹⁴ en tot slot, 24 december 2013¹⁵. Er zijn geen nieuwe ontwikkelingen te melden ten aanzien van deze casus, de regering verwijst daarom korthedshalve naar deze brieven.

De leden van de SP-fractie vragen het huidige declaratiestelsel af te schaffen en zij vragen of het algemeen belang wordt gediend met het huidige declaratiestelsel.

Zoals in het op 2 oktober 2014 vastgestelde Verslag van een schriftelijk overleg over de jaarrekeningenproblematiek in antwoord op vragen van leden van de SP-fractie is aangegeven, ziet de regering geen redenen om het

¹⁰ Staatscourant 2010, 10581.

¹¹ Kamerstukken II 2011/12, 29 689, nr. 397.

¹² Kamerstukken II 2011/12, 29 689, nr. 404.

¹³ Kamerstukken II 2011/12, 29 689, nr. 411.

¹⁴ Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 428.

¹⁵ Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 54.

huidige stelsel van prestaties, tarieven en declaraties te vervangen of af te schaffen.¹⁶

Voorts vragen de leden van de SP-fractie of het declaratiestelsel niet zo ingewikkeld is dat dit ertoe leidt dat instellingen in de medisch specialistische zorg en de ggz geen goedkeuring kunnen krijgen van de jaarstukken.

Op de relatie tussen het declaratiestelsel en de jaarstukken is in verschillende brieven aan uw Kamer ingegaan. Korthedshalve wordt verwezen naar de brief van 2 december 2014 en 28 mei 2015 over het Plan van aanpak jaarrekeningen ggz^{17, 18} en de brief van 11 december 2014 en 13 maart 2015 over de Voortgang verantwoording en jaarrekeningen medisch specialistische zorg^{19, 20}. Ook in de Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg is daarop ingegaan.²¹

De leden van de SP-fractie vragen of de werkzaamheden van advies- en consultancybureaus die zorgaanbieders adviseren met betrekking tot het zo optimaal mogelijk declareren van de zorgkosten niet zal leiden tot upcoding. Zij vragen hoeveel van deze bureaus actief zijn en of deze bureaus niet zijn gericht op het behalen van maximaal rendement in de zorg in geldelijke zin. De leden willen graag weten wat de regering hiertegen onderneemt.

De regering is zich ervan bewust dat zorgaanbieders zich laten ondersteunen bij het inrichten van hun declaratieproces. De activiteiten van de genoemde organisaties zien op het optimaal hanteren van de bestaande declaratieregels. «Upcoding» doet zich voor indien de behandelaar kiest voor een duurdere prestatie (bijvoorbeeld DBC) dan medisch gezien noodzakelijk is. «Upcoding» is verboden. Het juist toepassen van declaratieregels om een juiste betaling te krijgen voor de geleverde zorg is uiteraard van groot belang voor de aanbieder. Het is dus zaak dat de bureaus zich bij hun activiteiten nauwkeurig aan de wettelijke regels houden. De regering is van mening dat «upcoding» en andere ongewenste praktijken moeten worden tegengegaan. Houden de bureaus zich niet aan de regels, lopen de ziekenhuizen het risico dat hun declaratiepraktijk achteraf niet rechtmatig is geweest. Op dat moment kan de NZa handhaven.

Het is de regering niet bekend hoeveel advies- en consultancybureaus actief zijn in de zorgsector.

Over de acties die worden ondernomen in de medisch specialistische zorg is op 11 december 2014 een brief gezonden naar de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.²²

De leden van de SP-fractie vragen of het wel aan een zorgverzekeraar is om fraude op te sporen of dat het, wanneer fraude wordt vermoed, niet beter is om opsporing bij andere organen neer te leggen. Tevens vragen zij of het niet logischer is om fraude en fraudeopsporing een taak van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en het Openbaar Ministerie (OM) te laten zijn, mogelijk ondersteund door opsporingsdiensten als de FIOD? Kan de regering ingaan op de voor- en nadelen van de mogelijkheid van

¹⁶ Kamerstukken II 2014/15, 32 620, nr. 136, p. 11.

¹⁷ Kamerstukken II 2014/15, 25 424, nr.257.

¹⁸ Kamerstukken II 2014/2015, 25 424, nr. 277.

¹⁹ Kamerstukken II 2014/15, 32 620, nr. 143.

²⁰ Kamerstukken II 2014/15, 32 620, nr. 151.

²¹ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 75 met bijlagen.

²² Kamerstukken II 2014/15, 32 620, nr. 143.

een taakverschuiving, waarbij de zorgverzekeraar geen opsporingstaak meer heeft? De leden van de VVD-fractie vragen de regering te reageren op de berichtgeving rondom een verkennend rapport van onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (AEF), waarin wordt gesteld dat het opsporen van fraude in de zorg in de toekomst moet worden ondergebracht bij de Inspectie SZW (iSZW). Tevens vragen zij naar de voor- en nadelen van een dergelijke aanpassing.

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 detecteert. Verzekeraars van die taak te ontslaan zou zeer ongewenst zijn omdat dan de controle niet ligt bij de zorginkoper die ook betaalt. Het losknippen van de afspraken en de betaling is onlogisch en lost niets op en zou de controle ernstig verzwakken. Verzekeraars voeren nu reeds formele en materiële controles uit. Met dit wetsvoorstel wordt de juridische basis daarvoor versterkt. Naast die private verantwoordelijkheid, is uiteraard gewenst dat er bij een vermoeden van fraude kan worden opgetreden door toezichthouders dan wel opsporingsdiensten.

Dat is ook de reden dat in dit wetsvoorstel de samenwerking tussen toezichthouders en opsporingsdiensten makkelijker wordt gemaakt, door de iSZW ook met het toezicht op de WMG te belasten, artikel 72 WMG. De regering meent dat een samenstel van privaatrechtelijke, bestuursrechtelijke en strafrechtelijke mogelijkheden het meest efficiënt is in de opsporing en bestrijding van fraude. Een verschuiving naar uitsluitend bestuursrechtelijke of strafrechtelijke handhaving zou als ongewenst effect hebben dat de capaciteit om onregelmatigheden op te sporen sterk afneemt.

Over de mogelijke verschuiving van bevoegdheden voor opsporing in de zorg heeft de regering in de «Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg», die op 12 december 2014 naar de Tweede Kamer is verzonden²³, haar standpunt met uw Kamer gedeeld. In deze brief is ook ingegaan op eventuele voor- en nadelen.

De leden van de SP-fractie vragen of het introduceren van een aandeelhoudersconstructie zal leiden tot de drang om een zo hoog mogelijke prijs per verrichting te declareren.

Het is niet altijd in het belang van de zorgaanbieder om een zo hoog mogelijke prijs per verrichting te vragen. Een zorgaanbieder moet zich onderscheiden ten opzichte van andere zorgaanbieders, om zo de beste afspraken te maken met ziektekostenverzekeraars voor hun patiënten. Binnen ons huidige zorgstelsel zijn verzekeraars immers verantwoordelijk voor de inkoop van zorg voor hun verzekerden. Wanneer een zorgaanbieder een relatief hoge prijs voor de zorg vraagt, kan dit ertoe leiden dat de verzekeraar besluit om de zorg bij een andere zorgaanbieder in te kopen. Aandeelhouders willen dat de waarde van hun aandelen of het rendement daarop zo hoog mogelijk is. Dat gebeurt niet wanneer een zorgverzekeraar geen – of weinig – zorg inkoop bij de zorgaanbieder.

De leden van de SP-fractie geven aan dat het wetsvoorstel regelt dat meer organisaties toegang krijgen tot informatie ten behoeve van de fraudeopsporing. Deze leden missen in het wetsvoorstel een analyse van wat er tot nu toe is fout gegaan bij fraudeopsporing, en de redenen daarvan. Ze vragen of te weinig organisaties inzicht en/of capaciteit hadden en of er voldoende afstemming tussen de verschillende opsporingsdiensten was

²³ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr. 75 met bijlagen.

of juist niet. De leden van de SP-fractie hebben tevens behoefte aan een overzicht van de ambtelijke en bestuurlijke overleggen en afstemming over fraude tussen de NZa, zorgverzekeraars en het Ministerie van VWS. Zij willen weten wanneer dit onderwerp onderling is besproken. Voorts vragen deze leden om de gespreksverslagen.

Fraude en onjuiste declaraties in de zorg zijn onaanvaardbaar en hier moet tegen worden opgetreden. Beide tasten de betaalbaarheid van ons zorgstelsel aan en bedreigen de solidariteit. Dit vergt een sluitende keten waarbij de samenhang tussen preventie, toezicht, opsporing en strafrechtelijke vervolging geborgd is door een goede samenwerking tussen alle betrokken partijen. Dit betreft niet alleen veldpartijen als de zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars die voor een juiste declaratie of goede controle moeten zorgen, maar ook voor toezichthouders als de NZa en de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), en instanties als het Openbaar Ministerie (OM) en de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst-Economische Controledienst (FIOD-ECD, verder te noemen: FIOD) en iSZW.

Hiervoor is het noodzakelijk dat over en weer informatie wordt uitgewisseld. De reden voor uitbreiding van de mogelijkheid tot informatieverstrekking naar het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft te maken met een verbetering van de aansluiting tussen de toezichthoudende en opsporende partijen in de zorg. Voor het CIZ ontbrak de wettelijke basis tot informatie-uitwisseling. Om die reden wordt het CIZ in dit wetsvoorstel expliciet genoemd (artikel 70 van de WMG). Verder is ook het CAK toegevoegd. Per 1 januari 2013 is het CAK een publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan (ZBO) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geworden. Voorheen was het CAK een private organisatie (Besloten Vennootschap) van de zorgverzekeraars. De Minister van VWS kon voorheen geen bestuurlijke verantwoordelijkheid nemen en afleggen aan de Tweede Kamer, terwijl het CAK wel werk voor de overheid uitvoert. Daarom is besloten het CAK om te vormen tot een publiekrechtelijk ZBO. Tot slot is door de verbreding van het toezicht op de naleving van de WMG door de iSZW²⁴ op te nemen als toezichthouder op de WMG informatie-uitwisseling eerder mogelijk gemaakt, namelijk in de toezichthoudende fase in plaats van alleen in de opsporingsfase.

De afstemming over de aanpak van fraude tussen onder meer de NZa, zorgverzekeraars en het ministerie vindt plaats binnen het bestuurlijk overleg van de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ). De TIZ is een samenwerking tussen de NZa, de FIOD, de iSZW, de IGZ, de Belastingdienst, het OM, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het CIZ en VWS. De TIZ heeft in een convenant in februari 2013 vastgelegd de samenwerking op het terrein van zorgfraudebestrijding te gaan versterken. Op 11 maart 2015 is een herziene versie van het convenant ondertekend. Doel van de TIZ is het verbeteren van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude. De verschillende partijen in de zorgketen versterken hiermee de aanpak van zorgfraude door intensiever samen te werken.

Gespreksverslagen van dit soort overleggen zijn, gelet op het karakter van het overleg, niet openbaar. De gespreksverslagen bevatten namelijk informatie over de wijze van uitoefening van het toezicht in de zorg. Als die informatie openbaar wordt, kan dat de goede uitoefening van het toezicht in de zorg belemmeren.

²⁴ De iSZW maakt ook deel uit van de Taskforce Integriteit Zorgsector. De medewerkers van de FIOD zijn op dit moment reeds toezichthouder op basis van de WMG.

De leden van de SP-fractie hebben behoefte aan een overzicht van de fraudezaken sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet, het verloop van die zaken en de uitkomst ervan.

Zoals ook in de antwoorden op de schriftelijke vragen bij de begrotingsbehandeling van het Ministerie van VWS²⁵ is aangegeven is, de Tweede Kamer in de brieven van 26 juni 2014²⁶ en 1 juli 2014²⁷ geïnformeerd over het aantal bestuursrechtelijke en strafrechtelijke onderzoeken (uitgesplitst naar zorgsector) dat tot op heden is uitgevoerd door respectievelijk de NZa en de bijzondere opsporingsdiensten (onder leiding van het OM/Functioneel Parket (FP)), en tot welke bestuursrechtelijke dan wel strafrechtelijke maatregelen dit heeft geleid. De regering verwijst u volledigheidshalve naar deze brieven.

De leden van de SP-fractie vragen welke lessen kunnen worden geleerd uit fraudezaken in het verleden.

Tot nu toe hadden de meeste fraudezaken in de zorg betrekking op fraude met het pgb in de AWBZ. Strafrechtelijke opsporingsonderzoeken op het gebied van pgb-fraude worden uitgevoerd door de iSZW onder leiding van het OM/FP. Met ingang van 2014 voert de iSZW ook onderzoeken uit naar fraude met declaraties op het terrein van de Zvw. De iSZW stelt jaarlijks een signaleringsbrief op waarin zij het Ministerie van VWS rapporteert over de bevindingen die naar voren komen uit strafrechtelijke onderzoeken. Deze kunnen worden benut voor de ontwikkeling van beleid en wet- en regelgeving en het optimaliseren van uitvoeringsprocessen. De meest recente signaleringsbrief hebt u bij brief van 22 juli 2014 ontvangen. U heeft daarnaast een brief van de Staatssecretaris van VWS ontvangen over de resultaten van de aanpak van pgb-fraude in de AWBZ, «Terugblik en vervolg pgb-fraude aanpak».²⁸ Hierin is tevens ingegaan op de door de iSZW gedane bevindingen. De volgende signaleringsbrief ontvangt u via de vierde voortgangsrapportage Fraudebestrijding in de zorg, die de Tweede Kamer naar verwachting dit najaar ontvangt.

De leden van de SP-fractie vragen wat het zegt over de NZa dat zij meende dat er bij het Antoniusziekenhuis geen sprake was van structurele declaratiefouten, terwijl uit het boeterapport blijkt dat er binnen het ziekenhuis documenten werden gebruikt die als handleidingen voor «upcoding» konden worden gezien. Deze leden vragen of het logisch was dat de NZa geen structurele declaratiefouten constateerde naar aanleiding van een onderzoek dat het ziekenhuis zelf had laten doen.

De NZa heeft een onaangekondigd bezoek gebracht aan het ziekenhuis, documenten gevorderd en van verschillende medewerkers van het ziekenhuis verklaringen afgenomen. Het St. Antonius ziekenhuis heeft reeds bij de aanvang van het NZa-onderzoek naar vier zorgtrajecten, uit eigen beweging kenbaar gemaakt een onafhankelijk extern onderzoek naar alle declaraties over alle specialismen van het ziekenhuis te laten uitvoeren. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis heeft dit initiatief vanuit haar eigen verantwoordelijkheid genomen. Dit onderzoek is uitgevoerd door een onafhankelijke commissie. Bevindingen van de onderzoekers zijn door de NZa geverifieerd en verwerkt in het toezicht-rapport. Aan de hand van bovenstaande stappen is de NZa tot de conclusie gekomen dat van opzet niet is gebleken en heeft zij een boete opgelegd.

²⁵ Kamerstukken II, 2014/15, 34 000 XVI, nr. 33.

²⁶ Kamerstukken II, 2013/14, 28 828, nr. 62.

²⁷ Kamerstukken II, 2013/14, 28 828, nr. 70.

²⁸ Kamerstukken II, 2014/2015, 25 657, nr. 113.

De leden van de SP-fractie vragen de regering een bespiegeling te geven over de reden van de uitblijvende transparantie in de zorg en in te gaan op de stijgende kosten van de zorg. Zij vragen of dit niet één van de redenen was om de Zorgverzekeringswet en het betalen per verrichting in te voeren en waarom dit niet is gelukt.

Uitblijvende transparantie was een van de belangrijkste redenen om het Kwaliteitsinstituut met nieuwe taken op het gebied van kwaliteit, innovatie en zorgberoepen en opleidingen te belasten. Die taakuitbreiding is met ingang van 1 april 2014 ingegaan. Over de oorzaken en de aanpak is de regering onder andere in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van de kwaliteit van de zorg²⁹, de reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer Indicatoren voor kwaliteit in de zorg³⁰, de brief van 18 juli 2014 over kwaliteit van zorg³¹ en de brief van 10 november 2014³² en 2 maart 2015³³ over het Jaar van de transparantie uitvoerig ingegaan. Volledigheidshalve verwijst de regering u daarom naar deze documenten.

Daarnaast zet de regering in op de verbetering van de kwaliteit van de zorg en op de duurzame betaalbaarheid van de zorg. Hiervoor heeft zij onder meer hoofdlijnenakkoorden afgesproken met verschillende sectoren, waardoor de groei van de uitgaven aan de curatieve zorg geremd is, door in te zetten op doelmatigheid. De regering zet bovendien in op een verdere kwaliteitsverbetering ter ondersteuning van de hoofdlijnenakkoorden, zoals ook uiteen is gezet in de brief «Kwaliteit loont».³⁴

De huidige systemen van prestatiebekostiging kennen (meer dan voorheen) mogelijkheden om kwaliteit en innovatie te belonen. Dit jaar is bijvoorbeeld in de reguliere bekostiging van huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg de mogelijkheid tot uitkomstbekostiging ingevoerd. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen dan zelf afspraken maken over het belonen van uitkomsten van zorg. Dit wil de regering bovendien bevorderen, graag verwijst de regering u met betrekking tot dit punt naar de brief over uitkomstbekostiging in de curatieve zorg³⁵ en naar de eerder genoemde brief «Kwaliteit loont».

De leden van de SP-fractie vragen om een reconstructie rond het project intensivering controle en toezicht (PInCeT).

De regering verwijst naar de brief aan de Kamer van 22 mei 2013.³⁶ Daarin reconstrueert de regering in chronologische volgorde de ontwikkelingen rond het project PInCeT en de informatie die daarover met de Kamer is gedeeld.

De leden van de SP-fractie vragen om een analyse van het toezicht in de zorg en van de taakverdeling.

In de zorg zijn meerdere toezichthouders actief. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de WMG zijn medewerkers van de NZa, de ambtenaren van de IGZ en medewerkers van de FIOD belast,

²⁹ Kamerstukken II 2011/12, 33 243, nr. 3.

³⁰ Kamerstukken II, 2012/13, 33 585, nr. 1.

³¹ Kamerstukken II, 2013/14, 31 765 nr. 93.

³² Kamerstukken II, 2014/15, 31 765, nr. 97.

³³ Kamerstukken II, 2014/2015, 32 620, nr. 149 met bijlagen.

³⁴ Kamerstukken II, 2014/15, 31 765, nr. 116.

³⁵ Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 255.

³⁶ Kamerstukken II 2012/13, 28 828, nr. 47.

artikel 72 van de WMG. Doordat deze partijen allen belast zijn met het toezicht op de naleving van voorschriften bij of krachtens de WMG, is een goede samenwerking tussen toezichthouders en opsporingsdiensten mogelijk. Met dit wetsvoorstel worden de medewerkers van de iSZW ook als toezichthouder op de WMG aangewezen, door wijziging van artikel 72 WMG. Elke toezichthouder heeft daarbij haar eigen expertise.

De NZa heeft op grond van de WMG de wettelijke taak toezicht te houden of partijen voldoen aan hun verplichtingen die uit wet- en regelgeving voortvloeien, zoals de rechtmatige uitvoering van de Zvw en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Wlz (nalevings- en uitvoerings-toezicht). De NZa houdt eveneens toezicht om vast te stellen of zorgmarkten goed werken en of marktpartijen zich gedragen in overeenstemming met marktnormen (markttoezicht).

Medewerkers van de FIOD zijn belast met de opsporing van economisch delicten. Op basis van artikel 1, sub 2 van de Wet op de economische delicten zijn overtredingen van voorschriften, bepaald bij of krachtens diverse artikelen van de WMG, economische delicten.³⁷ Dit betreffen bijvoorbeeld de tariefdelicten, waarbij een ander tarief in rekening wordt gebracht door een aanbieder dan is toegestaan (overtreding van artikel 35 WMG).

Medewerkers van de IGZ zijn op basis van de Gezondheidswet onder andere belast met het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid.

Medewerkers van de iSZW zijn op basis van de Regeling toedeling strafrechtelijke handhaving AWBZ en Zvw van 16 december 2013³⁸ belast met de opsporing van fraude in de AWBZ, thans Wlz, en de Zvw.

De SP-leden willen voorts weten het aantal opsporingsbeambten dat zich bezig houdt met zorgfraude, zowel bij de NZa, zorgverzekeraars, het OM, de FIOD en mogelijke andere opsporingsdiensten. De leden van de CDA-fractie vragen of er naar de mening van de regering voldoende capaciteit is bij het OM, de FIOD en de iSZW om met signalen van zorgfraude aan de slag te gaan.

Bij de NZa werken geen opsporingsambtenaren, maar circa 80 toezichthoudende ambtenaren. De strafrechtelijke opsporing van fraude in de zorg is belegd bij de bijzondere opsporingsdiensten iSZW en FIOD. Zij voeren opsporingsonderzoeken uit onder gezag van het OM. Het OM is daarnaast verantwoordelijk voor de strafrechtelijke vervolging en de tenuitvoerlegging van straffen.

De iSZW verricht sinds 2013 strafrechtelijke opsporingsonderzoeken op het terrein van het pgb in de AWBZ en nu Wlz, onder gezag van het OM/FP. Met ingang van 2014 zijn daar opsporingstaken op het gebied van declaratiefraude³⁹ aan toegevoegd. De iSZW beschikt over circa 50 fte aan capaciteit, waarvan circa 26 fte voor de opsporing van pgb-fraude.

³⁷ Het betreft overtredingen van de artikelen 25, tweede lid, 35 35a, 35b, 36, eerste en tweede lid, 38, eerste, tweede en vierde lid, 40, eerste, tweede en derde lid, 60, 63 en 66, eerste lid, alsmede de regels, vastgesteld krachtens de artikelen 36, derde lid 37, eerste lid, 38, zevende lid, 40, vierde lid, en 45 en 46 van de WMG.

³⁸ Staatscourant 2013, nr. 36032.

³⁹ Hieronder wordt de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde op het terrein van de verstrekking van zorg als bedoeld in de Zvw en de AWBZ/Wlz verstaan.

De FIOD rekent hun opsporingscapaciteit niet in aantallen fte, maar in beschikbare uren. Voor opsporingsactiviteiten op het terrein van de zorg had de FIOD in 2014 op jaarbasis 20.000 uren beschikbaar. De beschikbare capaciteit voor zorgfraudebestrijding bij het OM (dus inclusief het FP) is niet exact in fte aan te geven. Elke officier van justitie is toegerust om fraudezaken af te doen. Het overige OM-personeel dat met fraudebestrijding is belast, doet dit vaak ook als onderdeel van een breder takenpakket. Hierdoor kan de totale beschikbare capaciteit van het OM daar worden ingezet waar deze het meest nodig is.

In de brief van 12 juni 2013⁴⁰ heeft de regering aangegeven dat de capaciteit fraudebestrijders bij de zorgverzekeraars 79 fte bedroeg en dat vanaf 2013 het aantal fte's door ZN – om twee redenen – niet meer opgevraagd wordt bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars organiseren fraudebeheersing ieder op hun eigen manier, waardoor het uitvragen van de capaciteit fraudebestrijders per zorgverzekeraar geen vergelijkbare informatie oplevert. Ook het uitgangspunt dat fraudebeheersingsactiviteiten zoveel mogelijk moeten zijn geïntegreerd in de «lijnwerkzaamheden» maakt het lastig om alle inzet op dit vlak in fte's uit te drukken. Het gaat niet alleen om het fraudeteam, maar zeker ook om activiteiten van controleafdelingen of callcenters. Dit is soms lastig te vertalen naar fte's. Uit gesprekken met verschillende verzekeraars heeft de regering begrepen dat het aantal fte's dat zich bezighoudt met onjuist declareren en fraudeonderzoek fors is uitgebreid.

Voor 2014 (€ 5 miljoen) en vanaf 2015 (€ 10 miljoen) zijn structureel aanvullende middelen beschikbaar gesteld voor het toezicht op en de bestrijding van fouten en fraude in de zorg. Daarmee is de inzet van de NZa en van de iSZW reeds geïntensiveerd. Ook zal vanaf dit jaar de capaciteit voor de strafrechtelijke vervolging van zorgfraude worden vergroot. Met deze aanvullende middelen acht de regering de capaciteit voor zorgfraudebestrijding voor genoemde partijen op dit moment voldoende. Uiteraard blijft de regering samen met de betrokken partijen de samenwerking in de keten goed in de gaten houden, ook voor wat betreft de benodigde capaciteit bij de verschillende organisaties in relatie tot de ontwikkeling van signalen uit de sector.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen dat onder het mom van fraudebestrijding massale inzage in patiëntgegevens plaatsvindt. De leden van SP-fractie vragen daarbij naar de randvoorwaarden van het proces van materiële controle.

De zorgen van de leden van de SP-fractie worden door de regering niet gedeeld. De maatregelen in dit wetsvoorstel richten zich in de eerste plaats op de bevordering van de naleving van rechten en plichten van, en afspraken tussen, zorgaanbieders, patiënten/verzekerden en verzekeraars/Wlz-uitvoerders. De voorstellen zijn er zeker niet op gericht massaal inzage te krijgen in medische persoonsgegevens. Juist met het oog op mogelijk ongewenst gebruik van medische persoonsgegevens in het proces van materiële controle worden in de wet een aantal waarborgen neergelegd met betrekking tot het opvragen van deze gegevens door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders.

Ten eerste wordt in het wetsvoorstel expliciet vastgelegd dat het proces van materiële controle verplicht fasegewijs gebeurt. Zie hiervoor de artikelen 68a, derde lid, van de WMG, 87, vijfde lid, van de Zvw, en het bij de nota van wijziging aangepaste artikel 9.1.2, vijfde lid, van de Wlz. Ten tweede wordt nog eens benadrukt dat op personen werkzaam bij een

⁴⁰ Kamerstukken II, 2013/14, 28 828, nr. 48.

ziektelkostenverzekeraar een extra geheimhoudingsplicht rust. Ten derde wordt expliciet bepaald dat de verzekeraar alleen op de wijze zoals bij of krachtens de wet is bepaald onderzoek verricht naar fraude en ten behoeve van de materiële controle. Ten vierde wordt bepaald dat bij detailcontroles persoonsgegevens worden verwerkt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Deze adviseur dient op verzoek van de zorgaanbieder aanwezig te zijn bij die detailcontrole.

De fasegewijze controle is uitgewerkt in hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering, hoofdstuk 7 van de Regeling langdurige zorg en in de Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG. In die regelingen worden de doeleinden beschreven waarvoor de controle mag dienen, worden de rollen van de betrokkenen zorgvuldig afgewogen en wordt een goede balans gevonden tussen de verschillende fasen en de mogelijkheden die daarbij voor controle aanwezig zijn. Zo zijn zorgaanbieders alleen gehouden medewerking te verlenen aan een materiële controle als de ziektekostenverzekeraar zich aan de fasegewijze aanpak houdt. De regeling materiële controle is tot stand gekomen in goed overleg met het veld en met het Cbp. Zie daarvoor de uitgebreide toelichting bij de regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraars.⁴¹

Pas in de allerlaatste fase kan daadwerkelijke inzage in een medisch dossier door de verzekeraar plaatsvinden. Dit gebeurt onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Voor een beknopt overzicht van de stappen die een zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder mag nemen bij materiële controle wijst de regering op het schema opgenomen in het protocol materiële controle, dat onderdeel is van de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars.⁴² Dat protocol is gebaseerd op de in de ministeriële regelingen vastgelegde stappen.

De NZa ziet toe op de juiste uitvoering van de betrokken regels op grond van de Zvw, Wlz en de WMG. Het Cbp ziet toe op de naleving (door verzekeraars/Wlz-uitvoerders) van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp).

De leden van de SP-fractie vragen naar de verschillende doelen van gegevensinzage en verzameling door zorgverzekeraars.

Zoals in de memorie van toelichting van het wetsvoorstel in navolging van de regeling van 30 juni 2010 houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraars⁴³ is beschreven, moeten de verzekeraars eerst de juistheid van de gedeclareerde zorgprestatie en het gehanteerde tarief controleren voordat deze kan worden betaald aan de zorgaanbieder of de verzekerde. Alleen kosten van de zorg die voldoet aan de eisen die de Zvw stelt, mogen ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. Als het uitbetaalde bedrag ten laste van de zorgverzekering wordt gebracht, telt dit mee als schade die de zorgverzekeraars verantwoorden voor het Zorgverzekeringsfonds. Deze schade vormt input voor de berekening van de risicovereveningsbijdrage waar zorgverzekeraars recht op hebben. De schadelast telt ook mee bij het bepalen of het budgettair kader zorg dat door de centrale overheid

⁴¹ Staatscourant 2010, nr. 10581.

⁴² Staatscourant 2012, nr. 401.

⁴³ Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraar.

is vastgesteld, wordt overschreden. Tevens speelt de schadelast een rol bij het bepalen van de procentuele en nominale rekenpremie voor het volgende jaar.

De SP-fractie vraagt een overzicht van opsporingszaken waarin het inzien van de medische gegevens noodzakelijk is geweest om tot een fraudezaak te komen.

Met dit wetsvoorstel wordt het inzien van medische persoonsgegevens niet uitgebreid in het kader van de opsporing, maar op het gebied van controle. Voor zorgverzekeraars is het lastig gebleken om misstanden te detecteren via de materiële controle. Een voorbeeld is de Europsyche-casus⁴⁴, waarbij de instelling Europsyche via een verlengde armconstructie «alternatieve behandelingen» declareerde via de in de ggz gehanteerde systematiek van diagnose behandelingcombinaties (dbc).

De leden van de SP-fractie vragen naar andere wegen voor het opsporen van onregelmatigheden dan het maken van inbreuk op het medisch beroepsgeheim en of er voor de opsporing van financiële delicten geen minder privacybelastende maatregelen genomen kunnen worden.

In antwoord op de vraag van de SP-fractie naar minder privacybelastende maatregelen voor de opsporing van financiële delicten, wordt er op gewezen dat het wetsontwerp niet op zichzelf staat maar deel uitmaakt van een breed offensief ter voorkoming en bestrijding van zorgfraude. De regering rapporteert daar herhaaldelijk over.

Ook het indienen van een declaratie is per definitie al een inbreuk op het medisch beroepsgeheim. Het indienen van een declaratie voor verleende zorg wordt op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) beschouwd als behorend bij het «beheer» dat een zorgaanbieder noodzakelijkerwijs moet doen om het recht op loon als bedoeld in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) te verzilveren als de zorgaanbieder zorg heeft verleend.

Zoals hierboven op grond van vragen van dezelfde fractie al is uitgelegd is er sprake van een getrapte vorm van onderzoek, waarbij slechts in het uiterste geval het medisch dossier onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur kan worden ingezien. Voor het medisch dossier wordt ingezien, worden gefaseerd stappen gezet die de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder steeds meer informatie geeft die hij nodig heeft om te beoordelen of hij voldoende zekerheid heeft of de ingediende declaratie en de geleverde zorg aan de criteria voldoet. Bij het doorlopen van deze stappen kan tal van informatie een rol spelen voor het opsporen van financiële delicten, zoals het gedrag van bestuurders, jaarverslaglegging, klachten bij meldpunten of media-aandacht.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe dit wetsvoorstel de verzekerde beter in staat stelt om te controleren of hij de juiste zorg heeft ontvangen.

Een belangrijke bepaling uit het wetsvoorstel ten aanzien van het hierboven beschreven proces is de mogelijkheid die de NZa krijgt om ziektekostenverzekeraars te verplichten verzekerden declaratieoverzichten te verstrekken.

De ervaring is dat verzekerden naar aanleiding van de zorgnota vaak vragen hebben over het in rekening gebrachte tarief. Aan de hand van deze vragen kan soms worden vastgesteld dat er sprake is van een onjuiste declaratie. Door verzekerden in staat te stellen via duidelijke

⁴⁴ Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nrs. 397, 413 en 428.

informatie de declaratie van een zorgaanbieder beter te controleren, wordt bevorderd dat de reeds kritische verzekerden gehoord worden. Bovendien heeft een verzekerde zelf vaak ook een financieel belang bij een juiste declaratie. Ten aanzien van de berekening van het eigen risico en (mogelijke) eigen bijdragen is het voor de verzekerde van belang dat aan hem het juiste bedrag in rekening wordt gebracht.

Door beter bekend te maken hoe een verzekerde eventuele onjuistheden kan melden en wat er vervolgens met deze melding wordt gedaan, wordt verder bijgedragen aan het motiveren van verzekerden om onjuistheden te melden. Doordat de zorgverzekeraar ook verantwoordelijk is voor het afhandelen van klachten en vragen over (onjuiste) declaraties, wordt voorkomen dat de verzekerde van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

Hiertoe zal het meldpunt bij de NZa waar mogelijke overtredingen kunnen worden gemeld klantvriendelijker worden gemaakt en uitgebreid. Op basis van deze signalen kan de NZa eerder besluiten om het gedrag van een bepaalde zorgaanbieder of verzekeraars nader te onderzoeken.⁴⁵

De leden van de CDA-fractie vragen of de in het wetsvoorstel opgenomen mogelijkheden om het medisch beroepsgeheim te doorbreken wel noodzakelijk zijn gelet op het feit dat verzekeraars hun bestaande mogelijkheden nog niet ten volle hebben benut.

De regering volgt beide sporen. Verzekeraars en Wlz-uitvoerders dienen beter gebruik te maken van hun mogelijkheden, de toezichthouder (NZa) dringt daar ook op aan en heeft in dat kader aanwijzingen gegeven aan de verzekeraars.⁴⁶ Tegelijkertijd wordt met dit wetsvoorstel de doorbreking van het beroepsgeheim voor restitutiepolissen gelijkgesteld met naturapolissen en wordt expliciet in de wet vastgelegd dat indien dat noodzakelijk is voor de formele en materiële controle diagnosegegevens moeten worden verstrekt. De regering reageert daarmee op uitspraken van het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) dat voor die verstrekking onvoldoende grondslag bestaat in de Regeling zorgverzekering dan wel in de declaratieregelingen van de NZa. Tenslotte wordt gewezen op de maatregelen die staan genoemd in de eerdergenoemde brief Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg⁴⁷ en in het Programmaplan rechtmatige zorg dat de Tweede Kamer tevens is toegezonden.⁴⁸

De leden van de CDA-fractie vragen een reactie van de regering op het punt van de KNMG ten aanzien van het doorbreken van het beroepsgeheim bij het vermoeden van fraude.

De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) doelt met haar commentaar op een door de regering aangekondigd wetsvoorstel voor het leveren van gegevens aan het OM bij of naar aanleiding van een aangifte op grond van artikel 162, eerste lid, onderdeel c, van het Wetboek van Strafvordering. Het gaat om een aangifte door een zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder, het CIZ of het CAK van persoonsgegevens die onder het medisch beroepsgeheim van de medisch adviseurs werkzaam bij of ten behoeve van de bovenbedoelde organisaties vallen.⁴⁹ De regering onderzoekt daarnaast andere instrumenten die

⁴⁵ Kamerstukken II, 2014/15, 31 765, nr. 116.

⁴⁶ Kamerstukken II 2013/14, 28 828, nr. 56.

⁴⁷ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 75.

⁴⁸ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 89 met bijlage.

⁴⁹ Kamerstukken II 2012/13, 33 400 XVI, nr. 129 en Kamerstukken II 2013/14, 33 750 XVI, nr. 8.

als alternatief voor dan wel als aanvulling op doorbreking van het medisch beroepsgeheim, bijdragen aan de bestrijding van zorgfraude.⁵⁰

In de Wlz (artikel 9.1.2), de WMG (artikel 68a) en in de Zvw (artikel 87) is door de formele wetgever al een wettelijke doorbreking van het medisch beroepsgeheim neergelegd. Een zorgaanbieder moet bij het bij een ziektekostenverzekeraar in rekening brengen van een tarief voor verleende zorg, persoonsgegevens aan de ziektekostenverzekeraar verstrekken, waaronder medische persoonsgegevens. De zorgaanbieder dient deze te verstrekken dan wel voor inzage of voor het maken van afschriften ter beschikking te stellen.

De formele wetgever heeft bepaald dat inzage onder strikte voorwaarden alleen mag als het belang van de goede uitvoering van de ziektekostenverzekering zwaarder weegt dan het belang dat het medisch beroepsgeheim beoogt te beschermen.

Het onderhavige wetsvoorstel breidt de bovenbedoelde verplichting voor de zorgaanbieders uit tot de gevallen waarin het tarief in rekening gebracht is aan een verzekerde en die verzekerde:

- a. zijn ziektekostenverzekeraar verzoekt om betaling van dat tarief aan de zorgaanbieder of om vergoeding van het betaalde tarief, of
- b. de verzekerde verantwoording aflegt aan zijn ziektekostenverzekeraar van de besteding van een ontvangen voorschot ter betaling van dat tarief.

Het onderhavige wetsvoorstel wijzigt daartoe artikel 68a, tweede lid, van de WMG en artikel 87 tweede lid van de Zvw. De verplichtingen van de zorgaanbieders jegens de ziektekostenverzekeraars gelden in alle gevallen dat een tarief voor geleverde zorg direct of indirect via de verzekerde in rekening wordt gebracht bij diens ziektekostenverzekeraar. Een vermoeden van fraude is hiervoor niet vereist. Met deze aanvulling wordt de informatieverplichting van de zorgaanbieder als de verzekerde een restitutiepolis heeft gelijk getrokken met de informatieverplichting van de zorgaanbieder als sprake is van een naturapolis.

De leden van de CDA-fractie vragen of een zorgaanbieder een zelfstandige afwegingsbevoegdheid heeft en kan weigeren de medische gegevens te verstrekken als de zorgverzekeraars dit bij de zorgaanbieder opvragen.

Het antwoord dat de regering op deze vraag geeft, geldt zowel voor de zorgverzekering, de verzekering tegen kosten voor langdurige zorg als voor de vrijwillige / aanvullende zorgverzekering. Gemakshalve is het antwoord beperkt tot de beschrijving van de situatie bij de zorgverzekering als bedoeld in de Zvw.

Artikel 87, eerste lid, van de Zvw en na inwerkingtreding van dit wetsvoorstel tevens het tweede lid van dat artikel, bevat de verplichting voor de zorgaanbieder om persoonsgegevens van de verzekerde aan diens zorgverzekeraar te verstrekken dan wel voor inzage of het maken van afschriften ter beschikking te stellen. Deze verplichtingen gelden wanneer de zorgaanbieder direct of indirect via de verzekerde bij diens zorgverzekeraar declareert. In de Regeling zorgverzekering is dit verder uitgewerkt. De bovenbedoelde verplichtingen zijn wettelijke verplichtingen waaraan de zorgaanbieders moeten meewerken. Op basis van de Wgbo (de artikelen 7:457 en 7:464 van het Burgerlijk Wetboek), heeft de zorgaanbieder geen toestemming van de patiënt (de verzekerde) nodig.

⁵⁰ Handelingen II 2014/15, nr. 4, item 17, blz. 28.

Voor zorgaanbieders noch voor zorgverzekeraars bestaat er de mogelijkheid zich te onttrekken aan de in de Regeling neergelegde afweging van belangen, ook voor wat betreft de materiële en formele controle.

De regeling bevat de afweging van belangen van verzekerde, zorgaanbieder en zorgverzekeraar en de vastlegging van de rechten en plichten van zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij deze controles. De zorgaanbieder blijft professioneel verantwoordelijk voor de inhoud van de zorg en het daarbij behorende beheer van het zorgdossier van de verzekerde. De zorgverzekeraar legt voorafgaand aan de detailcontrole aan de zorgaanbieder uit wat het doel is van de controle. De zorgaanbieder kan daarover vragen stellen die de verzekeraar naar beste weten beantwoordt. Een zorgaanbieder kan in een voorkomend geval gemotiveerd aangeven bij een verzekeraar waarom hij van mening is dat in dat geval niet aan de in de regeling gestelde eisen is voldaan. De verzekeraar zal naar aanleiding daarvan de noodzaak tot inzet van het controle-instrument nader motiveren en toelichten. Als bij nader inzien blijkt dat het controledoel ook zonder het betreffende instrument kan worden gerealiseerd, is een andere oplossing aangewezen. Het voorgaande laat onverlet dat de zorgaanbieder ook de medisch adviseur van de zorgverzekeraar om een (nadere) toelichting kan vragen over dat controledoel. Mocht de verzekeraar van mening blijven dat de inzet van het betreffende controle-instrument noodzakelijk is en de zorgaanbieder blijft van mening dat niet aan de eisen van de regeling is voldaan, dan kan de verzekeraar juridische stappen ondernemen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de in het voornoemde schriftelijk verslag van het schriftelijk overleg van 4 oktober 2013 (33 750 XVI, nr. 8) genoemde specifieke situaties waarbij het beroepsgeheim zou moeten worden doorbroken.

De specifieke situaties waarop de leden van de CDA-fractie doelen, worden neergelegd in het hiervoor benoemde wetsvoorstel voor het leveren van gegevens ter onderbouwing van een aangifte aan het OM op grond van artikel 162 van het Wetboek van Strafvordering. Dat artikel regelt een aangifteplicht voor o.a. zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders van bepaalde misdrijven. De aangifte op grond van dat artikel kan ingevolge het zesde lid van dat artikel in overleg met het OM worden beperkt. Zoals bij de behandeling van de Wlz is aangegeven, onderzoekt de regering daarnaast instrumenten die als alternatief voor dan wel als aanvulling op doorbreking van het medisch beroepsgeheim bijdragen aan de bestrijding van zorgfraude.⁵¹ In de volgende voortgangsrapportage «Rechtmatige zorg: aanpak fouten en fraude» die naar verwachting dit najaar aan de Tweede Kamer gezonden wordt, wordt u hierover nader geïnformeerd.

De leden van de CDA-fractie zijn het er mee eens dat de samenwerking tussen de NZa en de bijzondere opsporingsdiensten moet verbeteren. Deze leden vragen of de regering kan aangeven of inmiddels het samenwerkingsprotocol met de FIOD, het OM en de NZa is bijgewerkt en gepubliceerd.

⁵¹ Handelingen II 2014/15, nr. 4, item 17, blz. 28.

Wat betreft het bestaan van afspraken tussen de NZa en het OM en de onderlinge rolverdeling verwijst de regering de leden naar het samenwerkingsprotocol dat op 30 september 2014 aan uw Kamer is gestuurd en is gepubliceerd in de Staatscourant.⁵²

De leden van de SGP-fractie vragen wat de verhouding is tussen onbewust verkeerd declareren en bewuste fraude? Tevens vragen de leden van SGP-fractie welke maatregelen de regering naast dit wetsvoorstel neemt om de complexiteit van de financieringssystematiek te verminderen.

De regering heeft geen inzicht in de verhouding tussen onbewust verkeerd declareren (fouten) en bewuste fraude.

Voor maatregelen die de complexiteit van de financieringssystematiek verminderen, wijst de regering op enkele brieven van de regering waarin maatregelen zijn aangekondigd met betrekking tot het voorkomen en opheffen van onduidelijkheden bij het indienen van declaraties en bij de verantwoording in jaarverslagen in de medisch-specialistische zorg en de ggz.^{53, 54, 55, 56} Ook in de Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg en het Programmaplan rechtmatige zorg dat de Tweede Kamer is toegezonden wordt op een aantal maatregelen ingegaan om onduidelijkheden in regelgeving weg te nemen.^{57, 58} Een voorbeeld is het zogeheten oranje-loket-overleg. In dit overleg dragen veldpartijen onduidelijkheden aan in de interpretatie van registratie- en declaratieregels, waarna de NZa de correcte wijze van declareren in specifieke praktijksituaties verduidelijkt. Door meer duidelijkheid te bieden over die regels zal de omvang van onbewust verkeerd declareren afnemen.

Verder draagt de fraudetoets die uitgevoerd wordt door de NZa bij wijzigingen van bekostigingssystemen voorafgaand aan de invoering daarvan, bij aan het voorkomen van onduidelijkheden. Daarmee wordt het makkelijker de betreffende regels uit te voeren en te handhaven.

2. Wie doet wat

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre de baten om fraude op te sporen voor verzekeraars zijn toegenomen door hun toenemende risicodragendheid. Tevens vragen zij of dit tot meer inzet leidt van zorgverzekeraars om onjuiste declaraties en fraude op te sporen en zij hierdoor een sterkere prikkel ervaren.

Daar waar verzekeraars onrechtmatige of frauduleuze kosten kunnen voorkomen, levert dit hen direct financieel voordeel op: de kosten dalen en daarmee verbetert mogelijk de onderlinge concurrentiepositie en zou de premie in vergelijking met de concurrenten kunnen dalen. De toegenomen risicodragendheid voor zorgverzekeraars stimuleert dit. Immers, daardoor hoeven de eventuele voordelen niet meer via ex post compensaties onderling of met het Zorgverzekeringsfonds verrekend te worden.

⁵² Protocol tussen het Functioneel Parket, de FIOD, de iSZW, de NZa en de IGZ betreffende de behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan, in het kader van de bevordering van de normnaleving in de zorgsector (Protocol normnaleving zorgsector), Stcrt. 2014, nr. 27808.

⁵³ Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 117.

⁵⁴ Kamerstukken II 2014/15, 32 620, nr. 136.

⁵⁵ Kamerstukken II 2014/15, 25 424, nr.257.

⁵⁶ Kamerstukken II 2014/15, 32 620, nr. 143.

⁵⁷ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr. 75.

⁵⁸ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 89 met bijlage.

Overigens verschillen de inspanningen van zorgverzekeraars onderling sterk: er zijn voorlopers en achterblijvers. De NZa spreekt deze achterblijvende zorgverzekeraars hierop aan en aarzelt niet om, indien nodig, ook handhavinginstrumenten tegen deze zorgverzekeraars in te zetten.

Op basis van de bevindingen van de NZa in haar jaarlijkse rapport «Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet, deel 2 onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico,»⁵⁹ valt te concluderen dat de zorgverzekeraars de laatste jaren steeds meer doen om onjuiste declaraties en fraude te bestrijden. Of er een causaal verband is met de toegenomen risicodragendheid valt lastig aan te tonen. Er zijn namelijk ook andere ontwikkelingen, bijvoorbeeld de intensivering van het toezicht door de NZa, waarvan valt te veronderstellen dat deze ook hieraan hebben bijgedragen.

De leden van de fractie van de VVD, de SGP en de PvdA willen weten wat de stand van zaken is naar de verkenning van de mogelijkheid om controlekosten van zorgverzekeraars te kunnen doorberekenen aan zorgaanbieders bij fraude of onjuiste declaraties.

Uit de verkenning is gebleken dat het Burgerlijk Wetboek voldoende mogelijkheden geeft om de kosten die gemaakt zijn om de aansprakelijkheid van de aanbieder aan te tonen op hem te verhalen. Deze pleegt een onrechtmatige daad en hij is volgens het Burgerlijk Wetboek schadeplichtig, zowel voor de directe schade (zoals de weggenomen spullen) als voor de indirecte schade, de «onderzoekskosten». Dit wordt in meerdere rechterlijke uitspraken bevestigd. Zo oordeelde de Rechtbank Den Haag op 17 december 2007 dat de werknemer onrechtmatig tegenover zijn werkgever heeft gehandeld door arbeidsongeschiktheid voor te wenden als gevolg waarvan de werkgever onderzoekskosten heeft moeten maken⁶⁰. De onderzoekskosten kwamen voor rekening van de werknemer. De Rechtbank Haarlem bepaalde op 6 februari 2008 «dat het opzettelijk misleiden van de verzekeraar een onrechtmatige daad oplevert aangezien het in strijd is met wat in het maatschappelijk verkeer betamelijk is om zodanig onjuiste of onvolledige of niet kloppende verklaringen af te leggen of acties te ondernemen dat een verzekeringsmaatschappij redelijkerwijze genoodzaakt wordt onderzoek te verrichten en daarvoor kosten te maken»⁶¹. De onderzoekskosten kwamen voor rekening van de gedaagde/verzekerde. Het staat zorgverzekeraars overigens vrij om in de inkoopcontracten met zorgaanbieders hierover afspraken te maken. Zo kunnen zij een clause opnemen dat de zorgverzekeraar in geval van opzet of grove schuld de controlekosten bij de aanbieder kan verhalen. Duidelijkheid hierover vooraf tussen partijen voorkomt dat hierover achteraf discussies ontstaan met mogelijk als gevolg: gerechtelijke procedures.

De leden van de SGP-fractie vragen naar de manier waarop de NZa gebruik kan maken van het strafrecht in het geval van slecht presterende zorgverzekeraars.

⁵⁹ Samenvattend rapport, Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico, februari 2015, NZa.

⁶⁰ Rechtbank Den Haag 7 december 2007, LJN: BC2229, nummer 528199/05-7078.

⁶¹ Rechtbank Haarlem 6 februari 2008, LJN: BC4104.

De NZa is belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw, de recht- en doelmatige uitvoering van de Wlz en met het toezicht op de naleving van de bepalingen in de WMG. Indien de NZa onrechtmatigheden tegenkomt, kan zij handhavend optreden. Dit doet zij op basis van haar bevoegdheden als neergelegd in de WMG. Dit zijn bestuursrechtelijke bevoegdheden, de NZa is een zelfstandig bestuursorgaan. De NZa kan zelf geen strafrechtelijke sancties of maatregelen opleggen. Indien een zaak zich mogelijk leent voor het strafrecht, wordt deze door de NZa in het CSO Zorg voorgelegd aan het OM/FP.

De leden van de CDA-fractie vragen naar de stand van zaken van de afhandeling van klachten en vragen over (onjuiste) declaraties en de rol van het huidige wetsvoorstel in de verbetering hiervan.

Er is geen afzonderlijk onderzoek verricht naar individuele klachtafhandeling door zorgverzekeraars. De NZa heeft bij zijn onderzoeken en controles op declaratiestromen klachten en signalen in algemene zin betrokken. De NZa heeft een overzicht op hoofdlijnen gegeven over de uitkomsten van dit onderzoek door middel van het rapport «Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zvw 2013».⁶² Een belangrijke bepaling uit het wetsvoorstel ten aanzien van het hierboven beschreven proces is de mogelijkheid die de NZa krijgt om voorwaarden te stellen ten aanzien van het inzichtelijk maken van de zorgnota. De regering verwacht dat dit zal bijdragen aan het bewustzijn van de burger over zijn zorgnota.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de meldingen die binnenkomen bij het meldpunt meer dan nu het geval is onderdeel kunnen zijn van de opsporing en aanpak van zorgfraude.

De NZa heeft een meldpunt ingericht waar patiënten ook melding kunnen doen van zorgfraude, bijvoorbeeld indien zij van mening zijn dat hun signaal bij de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder niet voldoende serieus wordt genomen. De NZa maakt bij haar toezicht gebruik van deze meldingen. Alle signalen over fraude zet de NZa door naar het Verzamelpunt zorgfraude, waarin de NZa samenwerkt met de iSZW, ZN, IGZ en FIOD. De partijen overleggen ook regelmatig in het gebruikersoverleg.

Het meldpunt van de NZa zal versterkt worden; dit zal klantvriendelijker gemaakt worden en uitgebreid worden.⁶³

De leden van de fracties van de PvdA en D66 vragen om een overzicht van het aantal meldingen dat bij het meldpunt is aangebracht en wat daar mee is gedaan.

De NZa publiceert jaarlijks een rapportage over de signalen die bij haar meldpunt zijn binnengekomen en wat daarmee is gedaan. In de meest recente rapportage geeft de NZa aan dat zij in 2013 2247 meldingen heeft ontvangen. Over de achtergrond van deze meldingen, de afhandeling en de behaalde resultaten verwijst de regering naar de volledige jaarrapportage die te vinden is op de website van de NZa.⁶⁴

Is de regering bereid in overleg te treden met de zorgverzekeraars om te komen tot een uniforme aanpak van signalen die hun verzekerden aandragen?

⁶² Samenvattend rapport, Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico, februari 2015, NZa.

⁶³ Kamerstukken II, 2014/2015, 31 765, nr. 116.

⁶⁴ http://www.nza.nl/104107/138040/Jaarrapportage_Signaaltoezicht_2013.pdf

De regering zet erop in dat de bewustwording van verzekerden wordt versterkt. Dat betekent ook dat verzekerden bij klachten niet van het kastje naar de muur worden gestuurd en dat verzekeraars de signalen serieus afhandelen. De NZa ziet toe op ziektekostenverzekeraars. Verzekeraars hebben aangegeven meer kennis te willen delen op het gebied van controles en fraudebeheersing en maken meer gebruik van uniforme controleprotocollen. Dit is ook opgenomen in het Programmaplan rechtmatige zorg, dat de Tweede Kamer is toegezonden.⁶⁵ In dit kader blijft de regering in gesprek met alle partijen, waaronder de ziektekostenverzekeraars.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de wettelijke verplichtingen van zorgverzekeraars rondom het controleren van declaraties.

In het kader van de Zvw en de Wlz dienen zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders formele en materiële controles uit te voeren met inachtneming van de in dit wetsvoorstel voorgestelde artikelen 87 tot en met 87c van de Zvw en hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering respectievelijk met inachtneming van de in de nota van wijziging voorgestelde artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.2c van de Wlz en hoofdstuk 7 van de Regeling langdurige zorg. Bij de formele controle onderzoekt de zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht een prestatie betreft die is geleverd aan een bij die verzekeraar verzekerde persoon, een prestatie betreft die behoort bij het verzekerde pakket van die persoon, een prestatie betreft tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, het tarief betreft dat voor die prestatie is vastgesteld op grond van de WMG dan wel is overeengekomen tussen partijen.

Bij de materiële controle onderzoekt de zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie het meest aangewezen was gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde. Daarnaast is het zorgverzekeraars/Wlz-uitvoerders op grond van artikel 35, derde lid, van de WMG verboden om een tarief dat niet overeenkomt met het door de NZa vastgestelde vaste tarief dan wel een hoger tarief dan het door de NZa vastgestelde maximumtarief te vergoeden. Ook dit dient de zorgverzekeraar/Wlz-uitvoerder te controleren.

De NZa heeft op grond van de artikelen 27 en 31 van de WMG ook nadere regels gesteld over de uitvoering van de formele en materiële controles. Deze nadere regels bevatten verplichtingen voor de verzekeraars, over het moeten uitvoeren van deze controles en over de wijze waarop.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke sancties er zijn als zorgverzekeraars niet aan deze verplichtingen voldoen.

Indien een zorgverzekeraar handelt in strijd met de in het wetsvoorstel voorgestelde artikelen 87 tot en met 87c van de Zvw kan de NZa een aanwijzing geven (artikel 77 van de WMG), een last onder dwangsom opleggen (artikel 83 van de WMG), of een bestuurlijke boete opleggen (artikel 89 van de WMG). De bestuurlijke boete voor een afzonderlijke overtreding bedraagt ten hoogste € 2.250,-.

Indien een Wlz-uitvoerder handelt in strijd met de in de nota van wijziging voorgestelde artikelen 9.1.2 tot en met 9.1.2c van de Wlz kan de NZa een aanwijzing geven (artikel 78 van de WMG), of een last onder dwangsom opleggen (artikel 84 van de WMG). Bij nota van wijziging zal een extra wijziging van artikel 89 WMG aan het onderhavige wetsvoorstel worden

⁶⁵ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr. 89 met bijlage.

toegevoegd op basis waarvan de NZa ook een bestuurlijke boete kan opleggen.

Bij overtreding van artikel 35 van de WMG kan de NZa een aanwijzing geven (artikel 76 van de WMG), een last onder dwangsom opleggen (artikel 82 van de WMG), dan wel een bestuurlijke boete opleggen (artikel 85 van de WMG). De boete bedraagt in dat geval voor een afzonderlijke overtreding ten hoogste € 500.000,- of, indien dat meer is, tien procent van de omzet van de onderneming in Nederland.

Bij overtreding van de door de NZa opgestelde nadere regels op basis van artikel 27 en 31 van de WMG kan zij deze handhaven door een aanwijzing te geven (artikel 76 van de WMG). Op basis van het voorgestelde wijziging van artikel 84 kan zij tevens een last onder bestuursdwang of een last onder dwangsom opleggen.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de hoeveelheid boeteclausules die zorgverzekeraars hanteren.

Dergelijke cijfers worden niet bijgehouden en een overzicht is derhalve niet te geven.

De leden van de PvdA-fractie vragen in hoeverre de regering het met verzekeraars eens is dat de huidige regelgeving te ruim, niet eenduidig en te complex is, waardoor zij lastig in staat zijn onrechtmatigheden of fraude te bewijzen. Welke andere wet- en regelgeving zou aangepast kunnen worden zodat ondoelmatige zorg en zorgfraude beter opgespoord en aangepakt kan worden?

In de evaluatie van de WMG door Andersson EIFFERS Felix (AEF) hebben de onderzoekers vastgesteld dat er in de periode vanaf 2009 weinig aandacht is geweest voor de fraudebestendigheid van bekostigingsregels en declaratievoorschriften van de NZa. AEF stelt verder ook vast dat de NZa inmiddels is gestart met het (meer) fraudeproof maken van haar regels. De regering ondersteunt die inzet van de NZa.

De NZa heeft in haar rapport «Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg» dat als bijlage bij de Derde Voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg aan de Tweede Kamer is toegestuurd, aangegeven om in overleg met Zorginstituut Nederland het initiatief te nemen om onduidelijkheden in NZa-regelgeving te verhelderen en de prestatiebeschrijvingen en de aanspraken waar mogelijk op elkaar af te stemmen. Daarnaast gaan zorgverzekeraars op basis van gezamenlijk fraudeonderzoek voorstellen aanleveren bij VWS en de NZa over mogelijke verbeteringen van wet- en regelgeving.

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering van mening is dat een zorgaanbieder aan moet kunnen tonen dat de geleverde zorg doelmatig is in het geval hij een sterk afwijkend declaratiepatroon tentoonspreidt.

De zorgaanbieder moet altijd aan kunnen tonen dat de geleverde zorg gepast is gelet op de zorgvraag van de patiënt. Bij een afwijkend declaratiepatroon is de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder aan zet om in het kader van materiële controle de zorgaanbieder de gelegenheid te geven dat patroon te verklaren. De materiële controle bestaat uit een gefaseerd systeem waarbij in achtereenvolgende fases steeds meer informatie van de zorgaanbieder wordt gevraagd totdat de verzekeraar voldoende informatie heeft dat het declaratiegedrag voldoet aan de bij of krachtens de wettelijke gestelde normen.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar bepalingen die het wetsvoorstel bevat ten aanzien van ondoelmatige zorg en onrechtmatige declaraties en de verplichtingen van een zorgaanbieder deze te voorkomen.

Een zorgaanbieder dient zich te houden aan de huidige wet- en regelgeving en dus rechtmatig te declareren. In de WMG betreft dit bijvoorbeeld artikel 35, op basis waarvan het niet is toegestaan een prestatie te declareren, die niet door de NZa is vastgesteld of een tarief in strijd met een door de NZa vastgesteld tarief te declareren. De verplichting de declaratie te controleren op rechtmatigheid rust in de eerste plaats op de verzekeraar. Met onderhavig wetsvoorstel wordt in het voorgestelde artikel 35, eerste lid, onderdeel e, opgenomen dat het verboden is voor een aanbieder om een tarief in rekening te brengen voor zorg die niet is geleverd, de zogenaamde «spooknota's». Eveneens is het ingevolge artikel 35, derde lid, van de Wmg ziektekostenverzekeraars verboden een spooknota te betalen of aan een derde te vergoeden. Door deze bepalingen op te nemen in de WMG is het voor de NZa mogelijk hierop toe te zien en ook bestuursrechtelijk tegen op te treden.

De verplichting van een zorgaanbieder om doelmatige zorg te leveren, is niet opgenomen in dit wetsvoorstel, maar vloeit voort uit de Kwaliteitswet zorginstellingen dan wel de Wet BIG. Een zorgaanbieder moet verantwoorde zorg leveren. Op basis van artikel 2, eerste lid, van de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt onder verantwoorde zorg verstaan zorg van goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Het wezen van het verlenen van zorg brengt met zich mee dat een arts zijn patiënt de zorg geeft die deze nodig heeft en dit zo effectief en doelmatig doet als mogelijk. Daarnaast heeft een verzekerde voor de Zvw op grond van art. 2.1, lid 3, van het Besluit zorgverzekering alleen recht heeft op (verzekerde) zorg of een dienst voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de regering vinger aan de pols houdt rondom het doen en laten van de NZa en dan specifiek rondom de aanpak en bestrijding van zorgfraude en ondoelmatig gebruik.

De NZa stelt jaarlijks een werkprogramma op waarin zij haar activiteiten voor het komende jaar benoemt. Voorafgaand aan dit werkprogramma stuurt de Minister van VWS een prioriteitenbrief aan de NZa. Met deze brief wordt de NZa gevraagd aan de daarin opgesomde onderwerpen expliciet aandacht te besteden. De afgelopen jaren valt hieronder ook het thema zorgfraude.

Gedurende het jaar wordt tijdens bestuurlijke overleggen de stand van zaken besproken met betrekking tot de uitvoering van het werkprogramma.

Daarnaast is de NZa lid van de TIZ. In dit verband werkt VWS samen met de NZa, de iSZW, de FIOD, het OM, de IGZ, de Belastingdienst, het CIZ en ZN aan het versterken van de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Binnen de TIZ worden de activiteiten die de verschillende partijen (waaronder de NZa) in het kader van deze aanpak ontplooiën gezamenlijk besproken.

De leden van de SP-fractie vragen de regering in te gaan op de stelling dat zorgverzekeraars geen voordeel hebben bij opsporing omdat zij immers de financiële pijn van fraude gewoon verdisconteren in de premie.

Juist doordat zorgverzekeraars de financiële pijn van fraude moeten verdisconteren in de premie, heeft een zorgverzekeraar voordeel van het bestrijden van fraude. Wanneer er minder kosten verdisconteerd hoeven te worden in de premie drukt dit de premie. Dit is gunstig voor de concurrentiepositie van een verzekeraar.

De leden van de SP-fractie vragen of het een idee is om juist de NZa en het OM beter te positioneren in het opsporen van fraude, en de zorgverzekeraar vooral een signalerende rol te laten spelen.

De regering is van mening dat fraude en onrechtmatigheden, gelet op het in de zorg gehanteerde stelsel, het best voorkomen en bestreden kunnen worden als alle partijen in de keten hun rol pakken. Aangezien verzekeraars doorgaans de rekeningen van zorgaanbieders betalen, past het ook dat verzekeraars deze rekeningen controleren. Als verzekeraars zouden uitbetalen zonder controle van de declaraties zouden we immers ruim baan geven aan fraudeurs. Bij verschuiving van de controletaken van de verzekeraars naar bestuursrechtelijke of strafrechtelijke opsporing en handhaving zou bovendien de capaciteit om fouten op te sporen sterk afnemen.

De leden van de SP-fractie vragen naar de voor- en nadelen van een veel steviger strafrechtelijke aanpak.

De regering meent dat een samenstel van privaatrechtelijke, bestuursrechtelijke en strafrechtelijke mogelijkheden het meest efficiënt is in de opsporing en bestrijding van fraude. De afgelopen periode is dan ook niet alleen de strafrechtelijke aanpak verstevigd, maar is ook geïnvesteerd in versterking van het toezicht van de NZa.

De leden van de SP-fractie vragen of de verantwoordelijkheid ten aanzien van het beoordelen van de zorgnota niet teveel bij de verzekerde wordt gelegd. Zij zijn van mening dat deze niet inhoudelijk kan beoordelen of de geleverde zorg en prijs wel terecht is.

De regering is het met de leden van de SP-fractie eens dat van een verzekerde niet kan worden verwacht dat deze altijd kan beoordelen of de declaratie correct is. Daar waar dit wel mogelijk is, wil de regering de verzekerden in staat stellen om actie te ondernemen tegen onjuiste declaraties. Om die reden is de zorgnota inzichtelijker gemaakt en is een communicatietraject opgezet waarmee de patiënt geïnformeerd wordt over de financiële aspecten van de zorg (zie ook de Kamerbrieven «Stand van zaken kostenbewustzijn» van 2 juli 2014⁶⁶ en Voortgangsbrieven kostenbewustzijn van 29 juni jl.⁶⁷). Met begrijpelijke informatie wordt een verzekerde, die zelf vaak ook een financieel belang heeft (eigen risico en eigen bijdragen) bij een juiste declaratie, aangespoord om actie te ondernemen. Dit neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om juist te declareren en van de zorgverzekeraar om te controleren blijven bestaan.

De leden van de SP-fractie vragen hoe en door wie gecontroleerd wordt of verzekeraars hun controletaken «voldoende oppakken». Deze leden vragen of de regering hierbij denkt aan een bepaald bedrag of een bepaald percentage. En als dat laatste zo is dan vragen deze leden hoe dit wordt vastgesteld, en bovendien wat de consequenties zijn voor zorgverzekeraars als de doelen niet behaald worden.

⁶⁶ Kamerstukken II 2013/14, 29 689, nr. 534.

⁶⁷ Kamerstukken II 2014/15, 29 689, nr. 624.

De zorgverzekeraars hebben alleen recht op een vereveningsbijdrage voor kosten van zorg die onder de Zvw verzekerd zijn. Hiertoe moet de zorg aan de voorwaarden van de Zvw voldoen. Is dat het geval, dan is er sprake van «rechtmatige zorg/declaraties». De NZa beoordeelt of de zorgverzekeraars wel voldoende hun best doen om de rechtmatigheid van de zorgkosten (declaraties) te garanderen. Dit geldt ook voor de juistheid en volledigheid van de administratieve gegevens (verzekerdenaantallen en verzekerdenkenmerken) die zorgverzekeraars moeten leveren en waarop de vereveningsbijdrage wordt gebaseerd. Pakken de zorgverzekeraars deze verplichtingen in onvoldoende mate op, dan kan dit ertoe leiden dat zij een vereveningsbijdrage ontvangen waar zij geen recht op hebben. Deze bijdrage moeten zorgverzekeraars dan terugbetalen. Bovendien kan de NZa haar handhavinginstrumenten inzetten zoals zij in het voorjaar van 2014 deed in het geval van Achmea. Deze zorgverzekeraar kreeg een boete opgelegd van de NZa omdat zij haar administratie niet op orde had en daardoor de rechtmatigheid van de zorgkosten onder de Zvw niet in voldoende mate kon garanderen.

Voor de beoordeling of een zorgverzekeraar voldoende controleert, kijkt de NZa naar de activiteiten die de zorgverzekeraar heeft verricht op het gebied van o.a. de controle van de materiële eisen die in de Zvw worden gesteld (is de zorg daadwerkelijk geleverd en was de zorg redelijkerwijs aangewezen), de controle van misbruik en oneigenlijk gebruik van zorg en de controle van de verzekerdenkenmerken. Als voorbeeld: voor de beoordeling van de wijze waarop de zorgverzekeraar de controle heeft vormgegeven op de materiële eisen die de Zvw stelt, beantwoordt de NZa onder andere de volgende vragen: is er voldoende personeelscapaciteit ingezet en heeft het personeel voldoende kennis om de controles uit te voeren, is er een plan van aanpak en wordt dit gevolgd, wordt er een risicoanalyse uitgevoerd, wordt er gebruikt gemaakt van spiegelinformatie, datamining en -analyses, wordt er gebruik gemaakt van de kennis van de verzekerden, worden de signalen van misstanden vastgelegd en onderzocht, worden de ervaringen en uitkomsten als management- en sturingsinformatie gebruikt. De NZa heeft hier nadere regels over opgesteld, waarin de vereisten zijn opgenomen, zoals de Regeling controle en administratie zorgverzekeraars.⁶⁸ In haar Samenvattende Rapporten rechtmatige uitvoering Zvw en het Samenvattend Rapport uitvoering AWBZ (straks; Wlz) rapporteert zij over haar bevindingen.

De leden van de SP-fractie willen weten wie toestaat dat een opsporingsdienst of een zorgverzekeraar meent (nog) meer medische en persoonlijke informatie te moeten inzien en welke sancties er zijn als de inzage op oneigenlijke gronden geschiedt. Ze vragen of er niet altijd een machtiging moet worden afgegeven die onafhankelijk getoetst is en welke rechtsbescherming wordt geboden aan de persoon wiens gegevens worden ingezien.

Het criterium voor de zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder is dat de gegevens noodzakelijk moeten zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zvw, respectievelijk de Wlz. Voor de bijzondere opsporingsdiensten voor de WMG (FIOD en directie Opsporing van de iSZW) geldt het criterium dat de persoonsgegevens noodzakelijk moeten zijn voor het toezicht of de naleving dan wel de handhaving van de in artikel 66, eerste lid, van de WMG genoemde artikelen. Daaronder tevens begrepen de Wet op de economische delicten (WED).

⁶⁸ TH/NR-001, http://www.nza.nl/141224/470573/TH_NR-001-Regeling-controle-en-administratie-zorgverzekeraars.pdf.

De wettelijke grenzen aan het opvragen van persoonsgegevens worden in de eerste plaats door de zorgaanbieder bewaakt, bij hem berust de informatie. Indien een zorgaanbieder informatie verstrekt zonder de reden van ziektekostenverzekeraars dan wel opsporingsdiensten na te gaan en daardoor de bovengenoemde wettelijke grenzen overschrijdt, schendt hij zijn medisch beroepsgeheim.

De betrokkene wiens persoonsgegevens het betreft, kan bij schending van het medisch beroepsgeheim een klacht daarover indienen bij het OM dat tot vervolging kan overgaan. De schending van het medisch beroepsgeheim met betrekking tot een betrokkene is ingevolge artikel 272, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht, een zogenaamde klachtdelict. De maximale straf is gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of een geldboete van de vierde categorie.

De betrokkene wiens persoonsgegevens het betreft kan bij schending van het medisch beroepsgeheim door een BIG'er ook een klacht indienen bij een regionaal tuchtcollege. De artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen zijn onderworpen aan de tuchtrechtspraak, artikel 47 van de Wet BIG. Het regionaal tuchtcollege kan maatregelen opleggen variërend van waarschuwing, een geldboete tot doorhaling van de inschrijving in het BIG-register van de beroepsgroep, artikel 48, eerste lid, van de Wet BIG. Een beroepsbeoefenaar kan na de doorhaling van de inschrijving zijn medisch beroep niet meer uitoefenen.

De wettelijke grenzen worden in de tweede plaats bewaakt door de NZa. Zij kan op grond van de voorgestelde tekst van artikel 83, eerste lid, van de WMG, aan een zorgverzekeraar een last onder bestuursdwang dan wel een last onder dwangsom opleggen bij overtreding van artikelen 87 tot en met 87c van de Zvw. Ook kan zij op grond van de voorgestelde tekst van artikel 89, eerste lid, van de WMG, een bestuurlijke boete opleggen aan degene die niet voldoet aan een hem bij of krachtens de artikelen 87 tot en met 89 van de Zvw opgelegde verplichting.

Het Cbp houdt toezicht op de naleving van de Wbp en kan een last onder bestuursdwang of een boete opleggen.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering meent dat een verzekerde bij het sluiten van een verzekeringspolis geïnformeerd is over het feit dat zijn medische en persoonlijke gegevens kunnen worden ingezien. De leden van de PVV-fractie vinden dat de patiënt op de hoogte dient te zijn van de uitwisseling van medische gegevens, wie welke gegevens mag opvragen en hoelang die gegevens mogen worden bewaard.

De verzekerde wiens informatie wordt uitgewisseld, kan via wet- en regelgeving en de polisvoorwaarden van de verzekering kennis nemen van het feit dat zijn persoonsgegevens, onder strikte randvoorwaarden, worden uitgewisseld. Zo kan de verzekerde er mee bekend zijn dat:

- gegevens worden vastgelegd in het medisch dossier bij een zorgaanbieder;
- gegevens kunnen worden uitgewisseld met een medebehandelaar;
- zorgaanbieders aan patiënten, dan wel met instemming van de patiënt, direct aan verzekeraars declaraties sturen voor geleverde zorg;
- verzekeraars de informatie die op de declaratie staat beoordelen of er voldoende grondslag is voor betaling van die zorg aan de zorgaanbieder, dan wel voor vergoeding van die zorg aan de verzekerde;
- de verzekeraar informatie nodig heeft om te beoordelen of het eigen risico van de verzekerde gevolgen heeft voor de betaling of vergoeding;

- de verzekerde informatie moet bewaren en bewerken om de verzekerde op de hoogte te stellen van de declaraties die de verzekerde zelf heeft ingediend.

In specifieke situaties bestaat de mogelijkheid dat medische persoonsgegevens in uitzonderingsgevallen niet worden uitgewisseld. Verzekerden worden via zorgaanbieders en de NZa op de hoogte gesteld van de wijze waarop ze hiervan gebruik kunnen maken. Het betreft dan situaties waarbij de bescherming van medische persoonsgegevens bijzondere aandacht verdient vanwege de specifieke en beschermwaardige behandelrelatie tussen zorgaanbieder en patiënt/cliënt zoals in de geestelijke gezondheidszorg.

Op grond van internationale en nationale regels moet er een wettelijke grondslag zijn voor de verwerking van gegevens. De wettelijke grondslagen liggen onder andere vast in de Wbp, Wgbo, de Zvw en Wlz, de met verzekerde overeengekomen polisvoorwaarden en voor de vrijwillige en aanvullende verzekeringen in de WMG. In die internationale en nationale regels ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden vrijstellingen verleend voor bovenomschreven situaties.⁶⁹

De SP-fractie vraagt of het niet beter is om meer waarborgen in te bouwen, bijvoorbeeld door per geval toestemming te vragen voor het verstrekken van persoonsgegevens.

Een dergelijke systematiek zou leiden tot een zeer grote administratieve belasting voor alle betrokken partijen, met ongewenste gevolgen. In het geval een zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder de declaraties van een zorgaanbieder wil controleren, zou dit betekenen dat hij elke individuele verzekerde per gedeclareerde prestatie moet benaderen voor het verlenen van toestemming. Voor zover de zorgaanbieder medische persoonsgegevens zou willen verstrekken aan een verzekeraar, zal de zorgaanbieder per gedeclareerde prestatie moeten verifiëren of de patiënt toestemming heeft verleend. Zou de zorgaanbieder gegevens verstrekken zonder toestemming van de betrokken patiënt met betrekking tot de specifieke gedeclareerde verrichting, dan is er sprake van een ongeoorloofde schending van het beroepsgeheim, een misdrijf, in de zin van artikel 272 van het Wetboek van Strafrecht en overtreding in de zin van artikel 47, eerste lid, van de Wet BIG. De regering acht het toestemmingsvereiste een ongewenste belasting voor zowel de verzekerde, de zorgaanbieder als de verzekeraar of Wlz-uitvoerder. Bovendien zou dit ertoe kunnen leiden dat een zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder niet in staat is om de benodigde controles uit te voeren, wanneer een verzekerde weigert om medewerking te verlenen. Dit zou betekenen dat de zorgaanbieders de ingediende declaraties niet vergoed krijgen door de verzekeraar of Wlz-uitvoerder. Een dergelijk scenario is voor geen enkele betrokken partij aantrekkelijk.

De leden van de CDA-fractie vragen of het wetsvoorstel niet de discussie over de positie en rol van de NZa doorkruist.

Het besluit van de regering ten aanzien van de taken en positionering van de NZa⁷⁰ heeft tot gevolg dat de WMG zal worden aangepast. Bij deze aanpassing wordt ervan uitgegaan dat dit wetsvoorstel in werking is getreden.

⁶⁹ Zie ook het Nader rapport, Kamerstukken II 2013/14, 33 980, nr. 4.

⁷⁰ Kamerstukken II, 2014/15, 25 268, nr. 112.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe de regering de houding van de zorgverzekeraars beoordeelt nu deze zeggen dat het uitvoeren van materiële controles en fraudeonderzoeken hen veel geld kost terwijl de besparing niet automatisch naar hen terugvloeit. De leden van de CDA-fractie vragen tevens naar het standpunt van de regering ten aanzien van het opnemen van een boeteclausule en het argument dat er geen financiële prikkel is om effectieve controles te verrichten.

Volgens de regering moet voorop staan dat kosten voor zorg die niet aan de eisen van de Zvw voldoen niet meegenomen mogen worden bij de vaststelling van de hoogte van de vereveningsbijdrage. Immers, dit is zorg die niet verzekerd is onder de Zvw en daarmee wat dit aspect betreft, onrechtmatig. Dit is op zich al reden genoeg om van zorgverzekeraars te verlangen dat zij zich voldoende inspannen (materiële controles en fraudeonderzoeken) om de kosten van onrechtmatige zorg op te sporen.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het standpunt van de regering ten aanzien van het argument van zorgverzekeraars dat de «besparingen» van hun inspanningen om fouten en fraude te voorkomen niet naar hen terugvloeien en dat zij zelfs een negatieve financiële prikkel ervaren. Volgens de regering kunnen door inspanningen van de verzekeraar de uitgaven van zorgverzekeraars omlaag, waardoor er een besparing optreedt. Daar waar zij onrechtmatige en frauduleuze kosten kunnen voorkomen, levert dit hen direct financieel voordeel op: hun kosten dalen en daarmee verbetert mogelijk hun onderlinge concurrentiepositie en zou de premie in vergelijking met de concurrenten kunnen dalen. De toegenomen risicodragendheid voor zorgverzekeraars door de beperkingen van de ex post compensaties stimuleert dit.

Het is tevens voor een zorgverzekeraar mogelijk om een boeteclausule op te nemen in het contract met de zorgaanbieder. Of de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder dit daadwerkelijk doen, hangt af van de onderhandelingen die zij hierover voeren. Volgens de regering kan een boeteclausule een krachtig instrument zijn om de zorgaanbieder te prikkelen om alleen de kosten van zorg bij zorgverzekeraars te declareren die aan de wettelijke en overeengekomen voorwaarden voldoen en daarmee voor de wettelijke verzekeringen als verzekerde zorg kunnen worden beschouwd. Alleen deze zorg wordt collectief gefinancierd. De gemaakte afspraken over de levering van rechtmatige zorg in combinatie met de boetebevoegdheid van de zorgverzekeraar zullen ertoe leiden dat zorgaanbieder zelf beter gaan controleren en zorgverzekeraars dat dus minder intensief hoeven te doen, of anders kunnen inrichten. Daarmee kunnen hun controlekosten dalen, wat een financiële prikkel is.

Een boeteclausule is echter alleen mogelijk bij overeenkomst. De Zvw gaat ook uit van de restitutievariant, waarbij er niet altijd overeenkomsten worden gesloten tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Maar ook in dat geval moet de zorgverzekeraar de voor vergoeding ingediende declaraties controleren op rechtmatigheid. De zorgverzekeraar heeft daarnaast ook de mogelijkheid de betaling te staken.⁷¹ Zorgverzekeraars zijn alleen dan verplicht tot betaling, als wordt voldaan aan de voorwaarden van de verzekeringsovereenkomst tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar.

De leden van de CDA-fractie verzoeken om een uitleg over welke vorm van fraude «interne fraude met zorgverzekeringen door infiltratie van criminelen» is en hoe dit in zijn werk gaat.

⁷¹ Zie bijvoorbeeld: ECLI:NL:RBZWB:2013:4907.

Van infiltratie is sprake als criminelen doelbewust solliciteren op een baan bij een zorgverzekeraar om geld weg te kunnen sluisen. Ze accorderen bijvoorbeeld nepdeclaraties van handlangers of storten vergoedingen op eigen rekeningen. Verzekeraars hebben het vermoeden dat dit niet alleen gebeurt bij verzekeraars maar ook bij organisaties die beslissen of iemand recht heeft op bepaalde zorg, zoals het ClZ. De opzet lijkt daar vooral gericht op het verkrijgen van pgb's.⁷²

De leden van de PVV-fractie vinden het risico op misbruik van medische gegevens te groot omdat zij van mening zijn dat dit wetsvoorstel de positie van verzekeraars versterkt en vragen de regering andere oplossingen te zoeken om fraude aan te pakken.

Met de aanpassingen van de regels zoals die met dit voorstel in de wet worden vastgelegd wordt de positie van alle betrokkenen, verzekerden, zorgaanbieders, verzekeraars en medisch adviseurs, verduidelijkt en versterkt. Tegelijkertijd zet de regering in op andere oplossingen om fraude aan te pakken. Die maatregelen zijn aangekondigd in de Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg en het Programmaplan rechtmatige zorg dat de Tweede Kamer is toegezonden.^{73, 74}

Zoals hierboven is aangegeven in antwoorden op vragen van de leden van de SP-fractie en de CDA-fractie wordt met dit wetsvoorstel de doorbreking van het beroepsgeheim voor restitutiepolissen logischerwijs gelijkgesteld met naturapolissen en wordt nu expliciet in de wet vastgelegd dat indien dat noodzakelijk is voor de formele en materiële controle diagnosegegevens moeten worden verstrekt.

Met de gelijkstelling van de posities van betrokkenen bij een restitutiepolis en een naturapolis wordt de verzekerde die een declaratie indient bij een verzekeraar ontlast van de verplichting zelf alle relevante informatie aan te leveren die de verzekeraar nodig heeft voor de verplichte formele en materiële controle. De verzekeraar kan dat met deze aanpassing rechtstreeks opvragen bij de betrokken zorgaanbieder. Hierdoor wordt de individuele verzekerde niet belast met de bewijsvoering dat de zorgaanbieder juist heeft gedeclareerd.

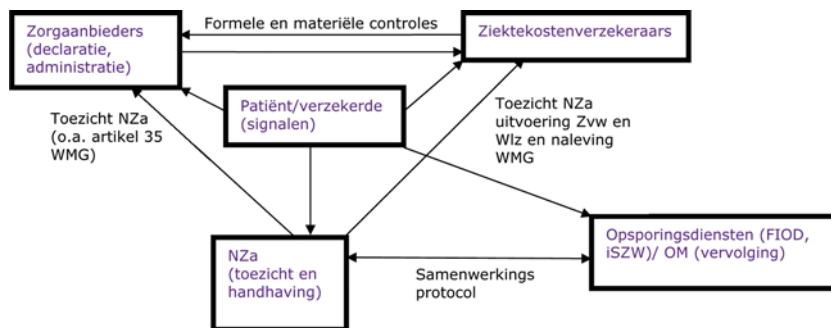
Verder worden zoals hierboven in antwoord op vragen van de SP-fractie al is opgesomd waarborgen tegen misbruik van gegevens ingebouwd op het niveau van de wet.

De leden van de D66-fractie vragen om een schematisch overzicht toe te sturen van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende actoren in de zorg op het terrein van toezicht.

⁷² Inzet strafrecht als aanvullend instrument bij de afhandeling van verzekeringsfraude, een publiek-private analyse op basis van een fraudebeeld; Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, Politie; juni 2012, p. 21.

⁷³ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr. 89 met bijlage.

⁷⁴ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr.75 en bijlagen.



De leden van de fractie van D66 vragen of verzekeraars alleen op dienen te treden indien er sprake is van foute declaraties, of ook in het geval van fraude.

Verzekeraars dienen de declaraties, zoals de leden van de D66-fractie terecht stellen, op rechtmatigheid te controleren. Indien zij constateren dat een declaratie onjuistheden bevat, het kan daarbij zowel om foute declaraties als fraude gaan, dienen zij dit door de zorgaanbieder te laten corrigeren. Ook kunnen ze civielrechtelijke maatregelen nemen, zoals het terugvorderen van onverschuldigde betalingen. In het geval een zorgverzekeraar het vermoeden heeft van fraude, kan de verzekeraar dit ook melden bij de NZa of zelf aangifte doen van het vermoeden van fraude bij de bevoegde instanties.

De leden van de D66-fractie vragen naar het verschil tussen fraude en foute declaraties.

Op basis van artikel 35 van de WMG is het een aanbieder verboden een ander tarief of prestatie in rekening te brengen dan vastgesteld door de NZa. Op basis van dit wetsvoorstel wordt de reikwijdte van dat artikel uitgebreid tot zorg die niet is geleverd. Van een foute declaratie kan gesproken worden indien van de prestatie- en tariefregulering wordt afgeweken, bijvoorbeeld als een zorgaanbieder een ander tarief of een andere prestatie in rekening brengt of een tarief in rekening brengt voor zorg die niet is geleverd. Als dit met opzet is gebeurd, met het oog een wederrechtelijk voordeel te verkrijgen, dan wordt van fraude gesproken.

Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie naar een toelichting op het strafrecht als ultimum remedium.

Het strafrecht wordt inmiddels in de keten van toezicht en handhaving niet meer als «ultimum remedium» gezien, maar als «optimum remedium». Dit is ook het streven van de partijen die zijn aangesloten bij het CSO Zorg. Hierbij wordt afhankelijk van het doel van de inzet of sanctie het passende instrument gekozen.

De leden van de SGP-fractie vragen welke maatregelen de regering onderneemt om de bekendheid van de mogelijkheden die een patiënt heeft om onjuiste declaraties door te geven te vergroten.

Met de partijen die betrokken zijn bij het traject kostenbewustzijn (de koepels van aanbieders, verzekeraars en patiëntenorganisaties) is een communicatietraject opgezet over de financiële aspecten van de zorg. Via diverse kanalen, zoals de «mijn omgeving» bij verzekeraars, informatie-materiaal door zorgaanbieders, de site dezorgnota.nl en via rijksoverheid.nl, worden patiënten geïnformeerd. Onderdeel van deze informatie-

voorziening is wat patiënten moeten doen als zij vragen hebben over (de correctheid van) hun zorgnota.

De leden van de SGP-fractie vragen of er nog aanvullende mogelijkheden zijn voorzien om onjuiste declaraties te melden en of zij bij verzekeraars wil aandringen om op elke nota een vermelding op te nemen dat er bij een onjuiste declaratie contact moet worden opgenomen met de verzekeraar en/of de NZa.

Er is al veel in gang gezet om het kostenbewustzijn van patiënten en verzekerden te vergroten en om hen te stimuleren om onjuiste declaraties te melden. De inzichtelijke zorgnota, het eerder genoemde communicatietraject waarmee patiënten worden geïnformeerd over de financiële aspecten van de zorg en het eigen risico zijn de belangrijkste prikkels voor patiënten om onjuiste declaraties te melden. De komende periode zal de regering samen met betrokken partijen, waaronder verzekeraars, evalueren of de ingezette verbeteringen ook daadwerkelijk tot meer begrip en kostenbewustzijn bij de patiënt hebben geleid en of aanvullende actie nodig is.

De leden van de SGP-fractie vragen of de NZa de bevoegdheid om verzekeraars via bestuursrechtelijke handhaving te dwingen meer werk te maken van hun controletaken nu ook al heeft en vragen hoe vaak de NZa de afgelopen jaren van die bevoegdheid gebruik heeft gemaakt. Wanneer is er sprake van onvoldoende inspanningen van verzekeraars en zou de NZa moeten ingrijpen?

De NZa heeft ook nu de mogelijkheid om via bestuursrechtelijke handhaving verzekeraars te dwingen meer werk te maken van hun mogelijkheden tot formele en materiële controle. Indien een zorgverzekeraar handelt in strijd met hetgeen bepaald bij of krachtens artikel 87 Zvw, dan kan de NZa een aanwijzing geven, artikel 77 van de WMG, een last onder dwangsom opleggen, artikel 83 van de WMG, of een boete opleggen, artikel 89 van de WMG. De bestuurlijke boete voor een afzonderlijke overtreding bedraagt ten hoogste € 2.250,-.

De NZa toetst jaarlijks het presteren van zorgverzekeraars en rapporteert daarover in het samenvattend rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet. Sinds 2010 richt de NZa extra aandacht op de controle van declaratiestromen door zorgverzekeraars. Het toezicht is gefaseerd opgezet en wordt jaarlijks aangescherpt met toenemende aandacht voor onder meer materiële controles. Deze aanpak is terug te zien in het aantal maatregelen dat de NZa heeft getroffen. In het samenvattend rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011, van februari 2013, waarin de NZa de uitvoering van de controletaken over het jaar 2011 toetst, is opgenomen dat over het jaar 2010 tegen zorgverzekeraars 32 maatregelen zijn getroffen, waaronder aanwijzingen. Over het jaar 2011 zijn 59 maatregelen getroffen. De maatregelen verplichten zorgverzekeraars onder meer om verbetertrajecten te starten. Naast het nemen van verschillende formele en informele maatregelen, heeft de NZa voor de uitvoering van de Zvw in 2012 voor de eerste maal prestatie-meting toegepast. Daarbij heeft zij een aantal prestatie-indicatoren, waaronder materiële controle en het bestrijden van misbruik, genoemd en is het presteren van zorgverzekeraar op die onderdelen gescoord. De uitkomsten van de meting worden opgenomen in het samenvattend rapport waarbij zorgverzekeraars met naam worden genoemd. Uit het samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012

van de NZa van februari 2014⁷⁵ blijkt dat bij een aanzienlijk deel van de zorgverzekeraars de inspanningen nog onvoldoende waren. De NZa geeft daarbij aan te verwachten dat de toegenomen publiciteit tot verbetering van de controleprocessen zal leiden. Daarnaast worden ook formele en informele maatregelen getroffen tegen de zorgverzekeraars die een onvoldoende scoren. Het samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013 van de NZa is gepubliceerd. Hieruit blijkt dat deze verbetering inderdaad heeft plaatsgevonden, maar dat op onderdelen er zeker ook nog verbetering mogelijk is.⁷⁶

3. Regeldrukaspecten

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan garanderen dat er geen verhoging van de regeldruk zal plaatsvinden. De leden van de SGP-fractie vragen of bij zorgverzekeraars wordt aangedrongen om de indirecte administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken.

De regering heeft voorafgaand aan dit wetsvoorstel uitgebreid onderzoek gedaan naar de regeldrukaspecten en hieruit kwam naar voren dat de wettelijke maatregelen betrekking hebben op de wetgevingstechniek, tekstueel van aard zijn of een andere of nadere invulling van bestaande bevoegdheden of verplichtingen zijn. Als voorbeeld voor dat laatste geldt het rechtstreekse contact van verzekeraar en zorgaanbieder bij een restitutiepolis, waarbij de verzekerde als tussenschakel wordt ontzien, door de verzekeraar de wettelijke bevoegdheid te geven rechtstreeks bij de zorgaanbieder navraag te doen over de gedeclareerde zorg waarvoor de verzekerde bij de verzekeraar een vergoeding vraagt of deze vraagt de declaratie te voldoen.

Met dit wetsvoorstel zal er daarom geen toename van verplichtingen noch regeldruk voor zorgaanbieders en verzekeraars zijn. In deze inventarisatie zijn ook de bevoegdheden die worden gecreëerd voor de NZa meegenomen. De memorie van toelichting op het wetsvoorstel bevat een gedetailleerde uiteenzetting van de regeldrukaspecten.

De regering zal niet bij zorgverzekeraars aandringen om terughoudend gebruik te maken van de controlebevoegdheid. De NZa heeft ook nu de mogelijkheid om via bestuursrechtelijke handhaving verzekeraars te dwingen meer werk te maken van hun mogelijkheden tot formele en materiële controle.

De leden van de D66-fractie vragen welke initiatieven de regering onderneemt om de huidige regeldruk op het gebied van toezicht, opsporing, naleving en handhaving terug te dringen.

Zie hiervoor de beantwoording op eerdere vragen over de verbetering van de inzet van de bestaande middelen.

De leden van de D66-fractie vragen de regering om aan te geven hoeveel de maatregelen in voorliggend wetsvoorstel de premiebetaler uiteindelijk zullen opleveren. Deze leden vragen voorts hoeveel extra fraude en foute declaraties de regering met dit wetsvoorstel wil gaan opsporen.

⁷⁵ Samenvattend rapport, Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012, Vereveningsonderzoek en compensatie eigen risico (CER), februari 2014, NZa. http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Rechtmatige_uitvoering_Zorgverzekeringswet_2012.pdf.

⁷⁶ Samenvattend rapport, Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico, februari 2015, NZa.

Dit wetsvoorstel maakt het onder meer verplicht voor verzekeraars om verzekerdenoverzichten te verstrekken en biedt de mogelijkheid van rechtstreekse controle van verzekeraars bij aanbieders in geval van restitutie. Deze maatregelen dragen bij aan een goede controle van rekeningen en declaraties om onrechtmatigheden snel te detecteren en te corrigeren. Het wetsvoorstel draagt hierdoor dan ook bij aan het versterken van toezicht en handhaving. Zo geeft dit wetsvoorstel bijvoorbeeld de NZa de bevoegdheid om te handhaven bij declaraties van «spookzorg». Hiervan is sprake indien er een prestatie gedeclareerd wordt, terwijl deze niet heeft plaatsgevonden.

Het is lastig uitspraken te doen over het effect van deze maatregelen op de zorgpremie. Volledigheidshalve wil de regering de Tweede Kamer wijzen op de hoofdlijnenakkoorden in de curatieve zorg. Deze hebben een lagere groei van de zorguitgaven tot gevolg. In de begroting 2014 is in dat verband een besparing ingeboekt die oploopt tot € 1 miljard structureel vanaf 2017. Deze besparing wordt gerealiseerd door meer doelmatigheid, de aanpak van verspilling, meer richtlijnconform handelen en het voorkomen van ongewenste praktijkvariatie. Ook de aanpak van zorgfraude is onderdeel van het akkoord in de medisch-specialistische zorg. De aanpak van fraude kan leiden tot lagere zorguitgaven hetgeen zich kan vertalen in een lagere zorgpremie. Het is tevens lastig uitspraken te doen over hoeveel extra fraude en foute declaraties de regering met dit wetsvoorstel kan worden opgespoord. De verwachting is dat door het introduceren van deze maatregelen enerzijds meer signalen van fouten gegenereerd worden en anderzijds dat de vastgestelde fouten en fraude effectiever bestreden kunnen worden.

4. EVRM en Grondwet

De leden van de SP-fractie vragen de regering uiteen te zetten waarom het enkel delen van de conclusies van de medisch adviseur te weinig is om te beoordelen of er sprake is van fraude.

Welke nadere gegevens zijn noodzakelijk om te zien of er sprake is van fraude? Kan de regering hier uitgebreide voorbeelden van geven? Ook de leden van de CDA-fractie vragen een nadere onderbouwing waarom bij de materiële controle niet uitsluitend de conclusie van de medisch adviseur aan de verzekeraar wordt verstrekt. De leden van de D66-fractie willen een toelichting waarom niet uitsluitend aan medisch adviseurs is voorbehouden een conclusie over de materiële controle te trekken.

De regering zet in op intensivering van de bestrijding van onrechtmatigheden en fraude bij het declareren van zorgkosten onder de Zvw en de Wlz. Alleen zorg die aan de voorwaarden voldoet die in deze wetten worden genoemd, is verzekerd. En alleen de kosten van deze verzekerde zorg kan collectief gefinancierd worden uit de nominale premies voor de zorgverzekering en het Zorgverzekeringsfonds en het Fonds langdurige zorg. Zodra er niet aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan is er sprake van onrechtmatigheid; is er daarnaast opzet in het spel en wordt er geldelijk of ander gewin mee behaald, dan is er sprake van fraude.⁷⁷

In het proces van materiële controle, zoals dat is vastgelegd in de ministeriële regelingen op basis van Zvw, Wlz en WMG en uitgewerkt in het protocol materiële controle bij de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars, wordt de medisch adviseur pas betrokken in de fase van de detailcontrole. Onder detailcontrole wordt verstaan de fase waarin het onderzoek van de ziektekostenverzekeraar zich richt op de bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens waaronder medische gegevens. Voor de vaststelling van fraude is niet altijd inzage in het

⁷⁷ Kamerstukken II 13/14, 28 828, nr. 57.

medisch dossier nodig. Soms kan al op basis van agenda-onderzoek worden vastgesteld dat er onjuist is gedeclareerd. Bijvoorbeeld indien het tijdstip en/of datum van de geleverde zorg niet overeenkomen met het tijdstip en/of datum in de agenda van de zorgverlener. Voor dat onderzoek en het trekken van een conclusie is inzet van een medisch adviseur van de verzekeraar niet nodig.

De regering is van mening dat de medisch adviseur een oordeel kan geven over de vraag of, gelet op de beschikbare informatie de gedeclareerde zorg is geleverd, en of de geleverde zorg gepaste zorg is, en of aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.

Of in bepaalde gevallen het oordeel van de medisch adviseur verder kan gaan en of hij kan vaststellen of er sprake is van opzettelijk onjuist declareren, is afhankelijk van de informatie die de adviseur tot zijn beschikking heeft. De verzekeraar kan richting de verzekerde niet louter met een conclusie van de medisch adviseur volstaan maar moet ook de onderbouwing van die conclusie kunnen geven. Dit geldt evenzeer bij juridische procedures tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar over het in rekening gebrachte tarief. De ziektekostenverzekeraar heeft meer informatie nodig van de medisch adviseur dan zijn conclusie.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering geen analyse heeft gemaakt van de Wgbo, en hoe deze wet zich verhoudt tot de inzage in medische gegevens door meerdere (opsporings)instanties en zorgverzekeraars. Zij vragen de regering dit alsnog te doen en aan de Kamer te sturen ter voorbereiding op een verdere gedachtewisseling.

Het onderhavige wetsvoorstel is geheel in lijn met de Wgbo. Een hulpverlener moet er voor zorgen dat informatie over de patiënt, inzage in of afschrift van bescheiden uit het medisch dossier van de patiënt, niet zonder diens toestemming aan anderen dan de patiënt worden verstrekt (artikelen 7:457 en 7:464 Burgerlijk Wetboek). Het toestemmingsvereiste geldt niet indien bij of krachtens de wet de verstrekking van informatie, van inzage in en/of afschrift van bescheiden uit het patiëntendossier verplicht is (artikelen 7:457 en 7:464 Burgerlijk Wetboek). De WMG, de Zvw en de Wlz bevatten wettelijke verplichtingen voor de zorgaanbieders om aan de ziektekostenverzekeraars informatie over de patiënt te verstrekken zonder dat ze de toestemming van de patiënt daarvoor nodig hebben.

De leden van de CDA-fractie vragen wat de regering bedoelt met de zinsnede dat de NZa niet tot openbaarmaking van aanwijzingen en bestuurlijke sancties mag overgaan, indien de te realiseren transparantie ook zonder openbaarmaking kan worden bereikt en vragen of de regering hiervan een voorbeeld kan geven.

Met dit wetsvoorstel maakt de regering het mogelijk dat de NZa, net als algemeen gebruik is bij andere toezichthouders, al haar handhavingsbesluiten openbaar kan maken. Het doel van deze openbaarmaking is de transparantie in de zorgsector. De openbaarmaking geldt dan ook niet als punitieve sanctie. Ook kan de NZa, in het kader van een adequate bestuursvoering, transparant zijn over de wijze waarop zij haar handhavingsactiviteiten uitoefent en haar instrumentarium aanwendt. Indien openbaarmaking van een handhavingsbesluit met naam en toenaam onevenredig benadelend is voor de betrokken zorgaanbieder of verzekeraar, dan zal de NZa niet tot openbaarmaking op die wijze overgaan. Voordat de NZa overgaat tot openbaarmaking zal zij altijd een zienswijze over de openbaarmaking van de betrokken zorgaanbieder of verzekeraar vragen, tenzij er sprake is van onverwijld openbaarmaking, zoals bedoeld in het voorgestelde zevende lid, van artikel 20a. Tegen openbaarmaking

van handhavingsbesluiten kan een zorgaanbieder of verzekeraar rechtsmiddelen aanwenden. Zie in dit verband tevens de pagina's 8 en 9 van de memorie van toelichting.

De leden van de CDA-fractie menen in het wetsvoorstel te lezen dat de NZa een afweging zal maken betreffende de proportionaliteit en subsidiariteit van de inperking van het recht op respect voor het privéleven en vragen de regering in het licht van de opmerkingen van de Raad van State met betrekking tot artikel 8 Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) en artikel 10 Grondwet een onderbouwing.

Het onderhavige wetsvoorstel legt anders dan de leden van de CDA-fractie veronderstellen, de afwegingen over proportionaliteit en subsidiariteit van de inperking van het recht op respect voor het privéleven niet bij de NZa, de norm voor de inperking wordt in de wet vastgelegd. De beschrijving van de geleverde prestatie en de diagnose-informatie, dan wel informatie die tot de diagnose kunnen leiden, moeten namelijk aan zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders verstrekt worden. Dit indien, en voor zover deze gegevens noodzakelijk zijn voor, het verrichten van de formele controle en de materiële controle in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering dan wel de Wlz. Er wordt tevens bij ministeriële regeling bepaald dat de materiële controle, waaronder detailcontrole, in verschillende met waarborgen omgeving fasen geschiedt met inachtneming van de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. De nadere uitwerking vindt plaats bij ministeriële regeling(en). Zie in dit verband artikel 68a, derde en vierde lid, WMG, artikel 87, vijfde en zesde lid Zvw. Bij nota van wijziging zullen soortgelijke bepalingen in artikel 9.1.2 van de Wlz aan het wetsvoorstel worden toegevoegd. De NZa kan alleen ter uitvoering van de bovenbedoelde ministeriële regelingen met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens artikel 68a, artikel 87 van de Zvw, respectievelijk 9.1.2 Wlz nadere regels stellen. Het maken van afwegingen omtrent de proportionaliteit en de subsidiariteit van de inperking van het recht op respect voor het privéleven berust dus niet bij de NZa. De opmerkingen van de Afdeling advisering van de Raad van State op dit punt hebben aanleiding gegeven om het onderhavige wetsvoorstel te wijzigen om de afwegingsmogelijkheden van de NZa sterk in te perken.⁷⁸

De leden van de CDA-fractie vragen een nadere onderbouwing voor het voorstel om de zorgaanbieders te verplichten gegevens waaronder medische gegevens te verstrekken aan ziektekostenverzekeraars ingeval een verzekerde bij de verzekeraar een verzoek doet de kosten van zorg te restitueren.

De patiënt die een verzoek om restitutie bij zijn ziektekostenverzekeraar indient, doet beroep op zijn zorgverzekeringsovereenkomst. Dit brengt met zich mee dat de betrokken zorgverzekeraar dit moet kunnen controleren via formele en materiële controles. De ziektekostenverzekeraar zal bij de formele controle ondermeer nagaan of de patiënt bij hem verzekerd is en of de geleverde prestatie behoort tot het verzekerd pakket van de patiënt. De zorgverzekeraar gaat bij de materiële controle na of de prestatie waarover de zorgaanbieder een tarief heeft gedeclareerd, daadwerkelijk aan de betrokken verzekerde is geleverd. Die formele controle vergt de verwerking van persoonsgegevens door de ziektekostenverzekeraar en daarmee de inperking van het recht op privéleven van de verzekerde. Het onderhavige wetsvoorstel legt in artikel 87, zesde lid, van de Zvw neer dat de beschrijving van de geleverde prestatie en de

⁷⁸ Zie Kamerstukken II 2013/14, 33 980, nr. 4, blz. 7 en 8.

diagnose-informatie dan wel informatie die tot diagnose-informatie alleen beschikbaar worden gesteld, indien ze noodzakelijk zijn voor het verrichten van de formele en materiële controle. De memorie van toelichting (pagina's 13 tot en met 15) bevat een nadere toelichting op de proportionaliteit en subsidiariteit van de maatregel.

Het voorgaande geldt ook voor de vrijwillige en aanvullende ziektekostenverzekeringen op grond van artikel 68a, vierde lid, van de WMG. Doet de restitutieverzekerde geen restitutieverzoek dan zijn zorgaanbieders niet verplicht medische persoonsgegevens te verstrekken aan de ziektekostenverzekeraar.

De leden van de CDA-fractie vragen of de medisch adviseur de enige is die medische gegevens mag opvragen dan wel bekijken.

De regering wijst erop dat onder persoonsgegevens, betrekking hebbende op de gezondheid, op grond van de Wbp al sprake is wanneer een enkele afspraak van een patiënt in een agenda van een zorgaanbieder wordt gemaakt. Alle correspondentie over de zorg die de zorgaanbieder heeft geleverd, dus ook de declaratie met betrekking tot geleverde zorg, moet daarom worden beschouwd als medische gegevens. Het voeren van die correspondentie is niet beperkt tot de medisch adviseur. Wel is de medisch adviseur verantwoordelijk voor de detailcontrole, het specifiek opvragen van gegevens uit het medisch dossier ter beoordeling of de geleverde zorg past bij het in rekening gebrachte tarief, of ten behoeve van de beoordeling of de geleverde zorg gelet op de gezondheidstoestand van de patiënt/verzekerde wel gepaste zorg is. Dat wordt met dit voorstel expliciet in de wet opgenomen.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe in dit wetsvoorstel geborgd is dat opgevraagde medische en strafrechtelijke gegevens niet gebruikt worden voor andere taken van de zorgverzekeraar.

Het wetsvoorstel richt zich met betrekking tot het opvragen van gegevens op de doelen die met de formele en materiële controle worden nagestreefd. Die doeleinden zijn verankerd in de definities van die respectievelijke controles. Deze zijn ook opgenomen in het wetsvoorstel. Het wetsvoorstel beperkt en clauseert de verdere verwerking van persoonsgegevens (artikel 68d, tweede lid, onder g WMG, artikel 87c, tweede lid, onder g Zvw). Bij nota van wijziging wordt in het wetsvoorstel een soortgelijke bepaling aan de Wlz toegevoegd. De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Ook de Wbp bepaalt dat gegevens alleen mogen worden gebruikt voor het doel waarvoor ze zijn opgevraagd. Het Cbp houdt toezicht op de uitvoering door de verzekeraars van de Wbp. De verzekeraars hebben daarnaast zelf maatregelen getroffen, gebaseerd op de Gedragscode goed verzekeraarschap en de daaraan gekoppelde uniforme maatregelen en de Gedragscode verwerking persoonsgegevens zorgverzekeraars en het daarbij behorende protocol materiële controle.⁷⁹

De leden van de CDA-fractie vragen in het licht van de opmerkingen van de Afdeling advisering van de Raad van State waarom waarborgen ten aanzien van de verstrekking van informatie niet in de wet zijn opgenomen.

De regering heeft het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State opgevolgd en het wetsvoorstel aangepast. De beschrijving van de geleverde prestatie en de diagnose-informatie, dan wel informatie die tot de diagnose kunnen leiden, kunnen noodzakelijk zijn voor de zorgverze-

⁷⁹ www.zn.nl/gedragscode.

kering indien ze vereist zijn voor het verrichten van de formele controle en de materiële controle. Zie in dit verband artikel 68a, vierde lid, van de WMG en artikel 87, zesde lid, van de Zvw. Bij nota van wijziging wordt daaraan het zesde lid van artikel 9.1.2 Wlz aan die opsomming toegevoegd.

Er is tevens bepaald dat de materiële controle, waaronder mede begrepen de detailcontrole, in verschillende met waarborgen omgeven fasen geschiedt met inachtneming van de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit. Zie in dit verband artikel 68a, derde lid, van de WMG, artikel 87, vijfde lid, van de Zvw. In de nota van wijziging wordt in het wetsvoorstel aan die opsomming het vijfde lid van artikel 9.1.2 van de Wlz toegevoegd.

Het onderhavige wetsvoorstel voorziet in extra voorschriften op het niveau van de formele wet voor de verwerking van persoonsgegevens. Het betreft hier voorschriften die nu in ministeriële regelingen zijn neergelegd. Zie in dit verband de artikelen 68d, tweede lid, van de WMG en artikel 87c, tweede lid, van de Zvw. Daar is in het nader rapport uitgebreid bij stil gestaan.⁸⁰ Bij nota van wijziging wordt aan die laatste opsomming artikel 9.1.2c, tweede lid, van de Wlz toegevoegd aan het wetsvoorstel.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe een verzekerde wordt geïnformeerd over de verstrekking van zijn gegevens en hoe hij daar invloed op kan uitoefenen. De leden van de D66-fractie vragen naar voorwaarden waaronder persoonsgegevens worden verstrekt en de rol van patiënt hierin.

De verzekerde wordt via de polisvoorwaarden van de verzekering of via wet- en regelgeving op de hoogte gesteld van het feit dat diens informatie wordt uitgewisseld. Uit de polisvoorwaarden moet ook blijken dat zijn persoonsgegevens, onder strikte randvoorwaarden, worden uitgewisseld. In specifieke situaties kunnen verzekerden gebruik maken van de mogelijkheid dat hun medische persoonsgegevens in uitzonderinggevallen niet worden uitgewisseld. Verzekerden worden hiervan op de hoogte gesteld via de zorgaanbieders en de NZa. Dit betreft dan vooral situaties waarbij de bescherming van medische persoonsgegevens bijzondere aandacht verdient vanwege de specifieke en beschermwaardige behandelrelatie tussen zorgaanbieder en patiënt/cliënt zoals in de geestelijke gezondheidszorg.

De leden van de CDA-fractie willen van de regering weten in hoeverre zij in dit wetsvoorstel rekening heeft gehouden met het advies van het Cbp van 5 juni 2013 over de zorgvraagzwaartegegevens, omdat de regering wel mogelijk maakt dat alle medische gegevens en de diagnose-informatie door zorgverzekeraars kunnen worden opgevraagd.

Het advies van het Cbp betrof niet de te verstrekken informatie, maar de wijze van aanleveren van die informatie. De levering van zorgvraagzwaarte-informatie via de declaratie tijdelijk is opgeschort tot 2016 in afwachting van de totstandkoming van een alternatieve wijze van aanleveren van die informatie op een wijze die minder belastend is voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. De Tweede Kamer is hierover bericht op 16 december 2014.⁸¹

⁸⁰ Kamerstukken II 2013/14, 33 980, nr. 4, blz. 5 en 6.

⁸¹ Kamerstukken II 2014/15, 25 424, nr. 259.

Het wetsvoorstel bepaalt ook niet de wijze van aanleveren en is daarmee niet strijdig met het advies van het Cbp over de zorgzwaartegegevens. Artikel 87, tweede en zesde lid van de Zvw, bepaalt dat de zorgaanbieders de informatie aan de ziektekostenverzekeraars moeten verstrekken, dan wel voor inzage of nemen van afschrift aan de ziektekostenverzekeraars ter beschikking moeten stellen indien en voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de formele en materiële controle. Dat artikel heeft een ruimere reikwijdte dan de op de declaratie te vermelden informatie. Artikel 87 van de Zvw laat de mogelijkheid open van andere wijze van verstrekking dan wel van het voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking stellen. Het CBb heeft in zijn jurisprudentie⁸² het belang onderkend van de beschikbaarheid van diagnose-informatie voor de zorgverzekeraars. Zij heeft geoordeeld dat daaruit niet de noodzaak voortvloeit om in alle gevallen de diagnose-informatie op de declaratie te vermelden. Dit wetsvoorstel bepaalt dat de diagnose-informatie slechts onder de reikwijdte van de bovengenoemde artikelen valt indien die noodzakelijk is voor de uitvoering van de formele en materiële controle of onderdeel uitmaakt van de prestatiebeschrijving. Zie in dit verband artikel 87, zesde lid, van de Zvw en de vergelijkbare artikelen 68a, vierde lid van de WMG en het en bij nota van wijziging toe te voegen zesde lid aan artikel 9.1.2 van de Wlz. Het onderhavige wetsvoorstel maakt het mogelijk dat de zorgaanbieders in bepaalde gevallen de voor de formele en materiële controle vereiste informatie ook op andere wijze dan via de declaraties aan de (zorg)verzekeraar moeten kunnen verstrekken.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe dit wetsvoorstel waarbij diagnose-informatie door zorgverzekeraars kan worden opgevraagd zich verhoudt tot de tijdelijke opschorting van de levering van de zorgvraagzwaarte-indicator.

De regering is ten algemene van opvatting dat niet meer gegevens moeten worden opgevraagd dan noodzakelijk voor het bereiken van het beoogde doel. Daarbij moet een wijze worden gekozen die de bescherming van de persoonlijke levenssfeer zo min mogelijk belast. Dat spreekt zowel uit de tijdelijke opschorting van de levering van de zorgvraagzwaarte-indicator door middel van de declaratie als uit dit wetsvoorstel. De zorgvraagzwaarte-indicator is slechts in geaggregeerde vorm bruikbaar. De zorgvraagzwaarte-indicator heeft per individuele patiënt te weinig zeggingskracht voor het beoordelen van een individuele declaratie. De zorgvraagzwaarte-indicator moest op de declaratie worden vermeld, omdat een andere wijze van verzameling van die indicator onvoldoende informatie gaf en alternatieve dataverzamelingen met voldoende informatie niet voorhanden waren. Dat is anders dan bij declaraties waarbij de diagnose-informatie wel bruikbaar is voor de beoordeling van individuele declaraties.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan ingaan op de vraag waarom in het geval van (potentieel) gevaarlijke misdadigers een andere afweging heeft plaatsgevonden rond het doorbreken van het medisch beroepsgeheim dan bij (potentiële) fraudeurs.

De doorbreking van het medisch beroepsgeheim in de Wlz, artikel 9.1.2, de WMG, artikel 68a, en de Zvw, artikel 87, is niet louter gericht op het bestrijden van fraude. De belangrijkste reden voor de doorbreking van het medisch beroepsgeheim, is de goede uitvoering van de ziektekostenverzekeringsovereenkomst dan wel van de wettelijke verzekering ingevolge de Wlz. De ziektekostenverzekeraar gebruikt de ontvangen gegevens met betrekking tot de verzekerde voor de uitoefening van de formele en

⁸² Zie CBb 2 augustus 2010 (LJN:BN 3056) en 12 maart 2012 (LJN: BV8297)

materiële controle. De ziektekostenverzekeraar moet het verzekerd recht van de individuele verzekerde vaststellen. Het is dus geen kwestie van de vergelijking tussen potentiële fraudeurs en gevaarlijke misdadigers.

De leden van de D66-fractie vragen in het kader van de openbaarmaking van aanwijzingen en bestuurlijke sancties door de NZa wat de regering bedoelt met ander ondervonden onrechtmatig optreden en of de overheid hiervan een voorbeeld kan geven.

Onrechtmatig optreden en het herstel hiervan gaat niet alleen om het terugvorderen van onverschuldigde betalingen. Het zou kunnen zijn dat een consument op basis van foutieve of misleidende informatie van een verzekeraar een verkeerde verzekeringspolis heeft gekozen dan wel een polis die hij met de juiste informatie niet zou hebben gekozen. Eventueel nadeel zou de consument kunnen proberen te verhalen op de zorgverzekeraar die de misleidende informatie heeft verstrekt.

De leden van de D66-fractie vragen waarom gekozen is voor een termijn van vijf dagen voordat tot de openbaarmaking van de handhavingbeschikking wordt overgegaan.

De termijn van vijf dagen wordt ook nu gehanteerd door de NZa op grond van artikel 80, vijfde lid van de WMG en is in de praktijk werkbaar gebleken. De regering ziet geen aanleiding deze termijn te veranderen.

De leden van de D66-fractie vragen hoe de geheimhoudingsplicht zich uitstrekt tot collega's.

In alle wettelijke bepalingen die de basis vormen voor de formele en materiële controle is een expliciete geheimhoudingsbepaling opgenomen. Die geheimhoudingsbepaling richt zich tot personeel werkzaam bij een ziektekostenverzekeraar, een door deze aangewezen persoon of een door de Minister aangewezen persoon, voor wie niet uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt. Deze betrokkenen worden verplicht tot geheimhouding behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat. In dit wetsvoorstel wordt die bepaling verplaatst naar het eerste lid van artikel 68d WMG en het eerste lid van artikel 87c Zvw. Bij nota van wijziging zal de desbetreffende geheimhoudingsplicht voor personeel werkzaam bij Wlz-uitvoerders in artikel 9.1.2c, eerste lid, van de Wlz worden neergelegd.

Daarnaast vragen de leden van de D66-fractie hoeveel extra personen er naar verwachting als gevolg van het voorliggende wetsvoorstel gemachtigd zullen worden met de controle op de financiële administratie met de daarbij behorende extra privacybevoegdheden.

Anders dan de leden van de D66-fractie wellicht verwachten, wordt met de expliciete vastlegging op het niveau van wet van de bevoegdheid tot het verrichten van accountantscontroles geen uitbreiding gegeven aan het aantal personen met privacybevoegdheden. De vastlegging van die expliciete bevoegdheid in een nieuw vijfde lid van artikel 36 van de WMG vervangt enkel de constructie waarbij de NZa in een regeling op grond van artikel 61 van de WMG personen aanwijst die persoonsgegevens, waaronder medische persoonsgegevens, mogen verwerken.

5. Wet bescherming persoonsgegevens

De leden van de VVD-fractie hebben enkele vragen gesteld naar de mogelijkheden van het doorbreken van het medisch beroepsgeheim. De leden vragen of er onafhankelijk extern toezicht is op het gevoerde

privacybeleid van verzekeraars, of het gevoerde beleid, inclusief de resultaten en de verbeterpunten daarin, ter borging van het privacybelang verplicht wordt meegenomen in het jaarverslag van zorgverzekeraars? Zo ja, vindt daarop een externe accountantscontrole plaats? Zo nee, welke externe toezichthouder ziet hier dan op toe? Voorts vragen deze leden naar het beveiligingsniveau voor de ICT-opslag en digitale toegang tot de medische gegevens.

Het Cbp is de onafhankelijke toezichthouder in dit kader. Daarnaast neemt ook de NZa de privacy mee bij diens toezichthoudende taken op verzekeraars. Er is geen wettelijke verplichting voor zorgverzekeraars het gevoerde privacybeleid, inclusief de resultaten en de verbeterpunten daarin, ter borging van het privacybelang mee te nemen in het jaarverslag. Wel moeten de zorgverzekeraars zich in het jaarlijkse uitvoeringsverslag verantwoorden over het gehanteerde privacybeleid. Dit is in het informatiemodel van de NZa beschreven. Het uitvoeringsverslag wordt door de NZa beoordeeld.

Een onafhankelijke accountant controleert bij verzekeraars of alle verplichte onderwerpen (waaronder het gevoerde privacybeleid) in het uitvoeringsverslag ook daadwerkelijk zijn opgenomen. De conclusie van de accountant wordt opgenomen in een rapport van bevindingen. Dit kan een externe accountant zijn, maar ook een interne accountantsdienst. Ook een interne accountantsdienst is bevoegd een verklaring en rapport van bevindingen af te geven als ware het een externe beoordeling.

Met betrekking tot het geldende beveiligingsniveau voor de ICT-opslag en digitale toegang tot de medische gegevens bij zorgverzekeraars geldt het «passende beveiligingsniveau». Wat hieronder te verstaan is, is afhankelijk van de risicoklasse van de gegevens. Daarover is door de gezamenlijke verzekeraars een zogenaamde Uniforme maatregel vastgesteld. Die uniforme maatregel behoort bij de Gedragscode goed verzekeraarschap. Die code en daaraan verbonden maatregel binden alle verzekeraars. Het gaat daarbij om de Uniforme maatregel 09 – Gebruik authenticatiemiddelen bij internetapplicaties.⁸³ De uniforme maatregel past binnen de daarvoor geldende wettelijke kaders en is gebaseerd op twee kaderstellende rapporten: Cbp Richtsnoeren «Beveiliging van persoonsgegevens» (hierna Richtsnoeren) en Achtergrondstudies en Verkenningen 23 (hierna AV23).

De Richtsnoeren leggen uit hoe het Cbp bij het onderzoeken en beoordelen van beveiliging van persoonsgegevens in individuele gevallen de beveiligingsnormen uit de Wbp toepast. De Richtsnoeren vormen de verbindende schakel tussen enerzijds het juridisch domein, met daarbinnen de eisen uit de Wbp, en anderzijds het domein van de informatiebeveiliging.

Uit AV23 zijn de risicoklasse-indeling en de beveiligingsmaatregelen gebruikt. Dit rapport is vervangen door de Richtsnoeren en daarmee niet langer het uitgangspunt voor onderzoek door het Cbp. De inhoud is echter onveranderd relevant en bruikbaar voor een nadere invulling van de risico-analyse.

De leden van de VVD-fractie vragen welke bezwaren van het Cbp ten aanzien van dit wetsvoorstel niet zijn ondervangen?

Ten eerste is in de memorie van toelichting geen verduidelijking opgenomen van de situaties waarin de NZa persoonsgegevens mag verstrekken aan de in artikel 70 van de WMG genoemde instanties. De

⁸³ <https://www.zn.nl/branche/gedragscode/>.

Regeling categorieën persoonsgegevens WMG en de toelichting daarop bevatten de door het Cbp gevraagde verduidelijking. De memorie van toelichting (blz. 18 en 19) bevat een nadere toelichting op dit punt.

Daarnaast worden in het wetsvoorstel geen bepalingen opgenomen met betrekking tot de bevoegdheid van de NZa tot het maken van uitzonderingen op de verplichting om de diagnose-informatie of andere op de behandeling betrekking hebbende informatie bij de declaratie te verstrekken.

De verplichtingen kunnen nader worden uitgewerkt bij ministeriële regelingen. De NZa kan op grond van artikel 38, tweede en derde lid, van de WMG, met inachtneming van die ministeriële regelingen, regels stellen over het vermelden van medische persoonsgegevens en andere persoonsgegevens door zorgaanbieders op hun rekeningen. Het onderhavige wetsvoorstel laat de mogelijkheid open dat de zorgaanbieders ook op andere wijze dan via de declaratie de beschrijving van de geleverde prestatie en de diagnose-informatie aan de ziektekostenverzekeraars kunnen verstrekken.

De leden van de VVD-fractie vragen ten aanzien van het privacybelang naar opmerkingen van anderen in de ontwerpfasen van het wetsvoorstel.

In antwoord op de vraag van de VVD-fractie is te melden dat het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en andere grondrechten onafgebroken aan de orde geweest. Zo is ook geput uit eerdere adviezen van het Cbp en is in samenwerking met de directie Constitutionele Zaken en Wetgeving van het Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties het toetsingskader opgesteld dat in de memorie van toelichting is gebruikt om te bezien of aan de verplichtingen die voortvloeien uit internationale en nationale regelgeving is voldaan. Daarnaast is de Afdeling advisering van de Raad van State uitvoerig ingegaan op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Zie daarover het nader rapport.⁸⁴

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd naar beleidsalternatieven ter bestrijding van fraude die minder privacybelastend zijn.

Het wetsontwerp staat deels op zichzelf door de WMG aan te passen op grond van ervaringen en wensen ten behoeve van de uitvoerbaarheid van het wettelijk stelsel, maar maakt tegelijk deel uit van een breed offensief ter voorkoming en bestrijding van zorgfraude. Daarbij worden allerlei maatregelen getroffen die elkaar aanvullen. Zoals al is opgemerkt in antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie wordt ook aandacht besteed aan het opheffen en voorkomen van onduidelijkheden rond declaratieregels en meer interne controle voordat wordt gedeclareerd. De regering rapporteert daar herhaaldelijk over.⁸⁵ De Derde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude in de zorg en het Programmaplan rechtmatige zorg is aan de Tweede Kamer gezonden.^{86, 87}

Die andere maatregelen ter bestrijding van fraude zijn geen alternatief voor de in dit wetsvoorstel aan de orde zijnde privacyaangelegenheden. Op grond van internationale en nationale regels als het EVRM en de Wbp, dient de verwerking van persoonsgegevens voor de door verzekeraars te verrichten controles wettelijk geregeld te worden, alvorens een recht-

⁸⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33 980, nr. 4.

⁸⁵ Kamerstukken II 2013/14 28 828, nr. 56 met bijlagen.

⁸⁶ Kamerstukken II 2014/15, 28 828, nr. 75 met bijlagen.

⁸⁷ Kamerstukken II 2014/15, 28 828 nr. 89 met bijlage.

vaardige inbreuk op de daarin die regels neergelegde grondrechten geoorloofd is. Daarnaast is de regering van mening dat eerst met lichtere middelen moet worden getracht het voorgeschreven doel te bereiken alvorens zwaardere middelen mogen worden ingezet. Die regel wordt overigens met dit wetsvoorstel expliciet in de wet verankerd met betrekking tot de uitvoering van formele en materiële controle.

De leden van de SP-fractie vragen wie er toeziet op de vraag of de uitvoering van verzekeraars van persoonsgegevens proportioneel is.

Verzekeraars hebben slechts op basis van een gefaseerde aanpak toegang tot persoonsgegevens waarbij iedere stap moet worden gemotiveerd. Die aanpak is tot stand gekomen in goed overleg tussen zorgaanbieders, verzekeraars, NPCF, het Cbp en de Minister van VWS. Zie daarvoor de uitgebreide toelichting bij de regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 juni 2010, Z/M-3009481, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering met het oog op materiële controle door zorgverzekeraars.⁸⁸ Houdt de verzekeraar zich aan die aanpak dan is de zorgaanbieder verplicht tot medewerking. De zorgaanbieder kan nadere vragen stellen over de motivering. De fasering is neergelegd in de Regeling zorgverzekering en behoort aldus tot de regels waaraan de verzekeraar zich bij de uitvoering van de zorgverzekering moet houden. De NZa ziet daarop toe. Het Cbp ziet toe op de inbreuk op de bescherming van persoonsgegevens.

6. Adviezen en consultaties

De leden van de SP-fractie vragen de regering of de nieuwe (interim-)bestuurder van de NZa hetzelfde oordeelt over dit wetsvoorstel en haar positionering.

De Minister van VWS heeft bij de aanstelling van de interim-bestuurder, hem expliciet verzocht om continuïteit van de werkzaamheden van de NZa te waarborgen en er voor te zorgen dat de reguliere werkzaamheden van de NZa kunnen worden voortgezet. Dit wetsvoorstel valt onder de continuïteit van de werkzaamheden van de NZa. Over de positionering van de NZa heeft de regering de Tweede Kamer bericht in de uitgebreide reactie op de rapporten van de commissie Borstlap en de evaluatie van de WMG/NZa door AEF.⁸⁹

De leden van de SP-fractie vragen of de regering in wil gaan op de gezamenlijke brief van NVZ en GGZ Nederland en de inbreng van de KNMG.

NVZ en GGZ Nederland zijn ingegaan op de borging van de gefaseerde controle in de wet, de uitbreiding van informatiedeling van de NZa naar andere organisaties, de verantwoordelijkheid van de verzekerde en de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder voor wat betreft de behandeling van de patiënt. Daarnaast vragen zij aandacht voor de openbaarmaking van opgelegde aanwijzingen en bestuurlijke sancties en regeldruk. In deze nota naar aanleiding van het verslag wordt op verschillende plaatsen ingegaan op de onderwerpen die in de brief van GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) aan de orde komen. De regering verwijst u daarom korthedshalve naar die passages.

⁸⁸ Staatscourant 2010, nr. 10581.

⁸⁹ Kamerstukken II, 2014/15, 25 268, nr. 112.

De inbreng van de KNMG betref het rapport van «Medisch beroepsgeheim in dubio» en het standpunt van de regering op dat rapport.⁹⁰ De inbreng heeft geen betrekking op dit wetsvoorstel maar op het wetsvoorstel dat is aangekondigd in dat standpunt en betrekking heeft op de aanlevering van gegevens door zorgaanbieders voor de onderbouwing van een aangifte aan het OM op grond van artikel 162 van het Wetboek van Strafvordering. Dat artikel regelt een aangifteplicht voor onder andere zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders van bepaalde misdrijven. De regering werkt aan dat wetsvoorstel en onderzoekt daarnaast naar andere instrumenten die als alternatief voor dan wel als aanvulling op doorbreking van het medisch beroepsgeheim bijdragen aan de bestrijding van zorgfraude.⁹¹

Bij brief van 28 november 2014 is de Tweede Kamer bericht over de resultaten van het gesprek met de KNMG dat heeft plaatsgevonden op 29 oktober 2014. Het gesprek stond in het teken van het medisch beroepsgeheim. Korthedshalve verwijst de regering naar die brief.⁹²

De leden van de SP-fractie vragen de regering naar (het ontbreken van) de consultatie ten aanzien van dit wetsvoorstel, ook met betrekking tot patiëntenverenigingen. De leden van de D66-fractie vragen de regering waarom vertegenwoordigers van verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties niet zijn geconsulteerd bij dit wetsvoorstel en of deze alsnog geconsulteerd worden.

De bepalingen van dit wetsvoorstel zijn veelal technisch van aard en komen voort uit de ervaringen die zijn opgedaan met fraudebestrijding in de zorg. Met dit wetsvoorstel wordt een aantal aan uw Kamer gedane toezeggingen ingelost, zoals met betrekking tot spooknota's, verzekerdenoverzichten, diagnosegegevens en opheffen van belemmeringen bij openbaarmaking van gegeven, nageleefde, aanwijzingen. De NZa is intensief bij de voorbereiding van het wetsvoorstel betrokken geweest en kan zich als zelfstandig bestuursorgaan dat de WMG moet uitvoeren in het voorstel vinden. Bij de voorbereiding heeft de NZa haar ervaringen met toezicht en opsporing ingebracht. Waar mogelijk zijn die in dit wetsvoorstel verwerkt. Daarbij is vooral gelet op de prioriteit en gewenste snelheid van de aanpassingen.

De regering erkent dat er bij fraudebestrijding een afweging moet worden gemaakt tussen de verschillende belangen die hierbij bestaan. Ook erkent zij dat er frictie kan ontstaan tussen het belang van een effectieve controle op fouten in declaraties en het recht op privacy. Om deze reden is het Cbp geconsulteerd over het voorgenomen wetsvoorstel. Het advies van het Cbp is op twee uitzondering na overgenomen en heeft geleid tot enkele aanpassingen van het wetsvoorstel. Een uitgebreide beschouwing van deze consultatie en de maatregelen die hierop zijn gevolgd, is te vinden in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel.

Concluderend is de regering van mening dat de hierboven beschreven procedure voldoende waarborgt dat de belangen van alle partijen binnen het zorgstelsel, zo ook de patiëntenverenigingen, zijn vertegenwoordigd in de voorgestelde maatregelen.

De leden van de CDA-fractie vragen op welke punten het wetsvoorstel is aangepast naar aanleiding van het advies van de NZa, op welke wijze de «intensieve betrokkenheid bij de voorbereiding van het wetsvoorstel»

⁹⁰ Kamerstukken II 2013/14, 33 400 XVI, nr. 129.

⁹¹ Handelingen II 2014/15, nr. 4, item 17, blz. 28.

⁹² Kamerstukken II 2014/15, 34000 XVI, nr. 94.

heeft plaatsgevonden, of het ministerie een advies aan de NZa heeft gevraagd en of de NZa een adviesrapport heeft uitgebracht.

Dit wetsvoorstel is niet extern geconsulteerd, aangezien het veelal technische correcties en verbeteringen bevat waardoor de fraudebestrijding effectiever kan worden aangepakt. Er is ook geen adviesaanvraag ingediend bij de NZa, gelet op het feit dat dit wetsvoorstel op een groot aantal punten eerdere toezeggingen van de Minister aan de Tweede Kamer dan wel afspraken met iSZW over uitwisseling van gegevens tussen de NZa en de iSZW bevat. Bij de toezeggingen gaat het om de openbaarmaking van handhavingbesluiten ook in geval de aanwijzing van de NZa door de overtreder is opgevolgd en de verbeterde mogelijkheden van controle door zorgverzekeraars in geval van restitutie naar aanleiding van de Europsyche-casus.

Deze aanpassingen hebben in het wetsvoorstel geleid tot een betere onderbouwing en belangenafweging met het oog op de verwerking en bescherming van (medische en strafrechtelijke) persoonsgegevens ten opzichte van de huidige wet. Dit betreft een aanpassing aan het EVRM, de Grondwet en de Wbp, waarbij afstemming heeft plaatsgevonden met de Ministeries van Binnenlandse Zaken en Veiligheid en Justitie. Bij de ambtelijke voorbereiding van dit wetsvoorstel is de NZa zoals toegelicht uitgebreid betrokken geweest. Deze afstemming heeft in overlegvorm plaatsgevonden aan de hand van conceptteksten van dit wetsvoorstel ten behoeve van de uitvoerbaarheid van de (toezicht)taken van de NZa en ten behoeve van de verwerking van de ervaringen die de NZa in de loop der tijd heeft opgedaan.

De leden van de CDA-fractie hebben verzocht het advies van het Cbp over dit wetsvoorstel aan de Kamer te sturen.

Het advies van het Cbp over dit wetsvoorstel is meegezonden met deze nota naar aanleiding van het verslag. Het advies, met kenmerk z-2013-00603, is ook gepubliceerd op de website van het Cbp: www.cbweb.nl.

De leden van de D66-fractie vragen de regering of zij wil onderzoeken welke voor- en nadelen er kleven aan het niet consulteren van eerder genoemde partijen en of een systeem met een financiële beloning voor het melden van onjuiste declaraties kan worden ingevoerd.

Dit wetsvoorstel is niet extern geconsulteerd aangezien het veelal technische correcties en verbeteringen bevat waardoor de fraudebestrijding effectiever kan worden aangepakt. Er is ook geen adviesaanvraag ingediend bij de NZa, gelet op het feit dat dit wetsvoorstel op een groot aantal punten eerdere toezeggingen van de Minister aan de Tweede Kamer dan wel afspraken met iSZW over uitwisseling van gegevens tussen de NZa en de iSZW bevat. De NZa is wel uitgebreid betrokken geweest bij de ambtelijke voorbereiding.

Aan een systeem met een (financiële) tegemoetkoming aan verzekerden als «beloning» bij het melden van onjuiste declaraties kleven risico's, waardoor dit vooralsnog niet aan de orde is. Zo brengt dit hoge uitvoeringskosten voor verzekeraars met zich mee gezien het risico op vals-positieve meldingen van verzekerden. Het vooruitzicht op een mogelijke financiële beloning kan verzekerden er toe zetten om elke declaratie aan de orde te stellen.

De regering is er daarnaast van overtuigd dat het huidige wetsvoorstel de belangen van alle betrokken groepen afdoende waarborgt. Een dergelijk onderzoek heeft geen toegevoegde waarde.

De leden van de D66-fractie vragen naar de communicatie over het wetsvoorstel.

De regering zal voor de communicatie van het wetsvoorstel de gebruikelijke kanalen hanteren. De wet zal worden gepubliceerd in het Staatsblad en op www.rijksoverheid.nl zal hierover informatie worden gegeven.

De leden van de D66-fractie vragen de regering hoe de nieuwe regels zich verhouden tot de aangekondigde herziening van de NZa.

Het besluit van de regering ten aanzien van de taken en positionering van de NZa⁹³ heeft tot gevolg dat de WMG zal worden aangepast. Bij deze aanpassing wordt ervan uitgegaan dat dit wetsvoorstel in werking is getreden.

De leden van de D66-fractie vragen of de regering in een uitzondering voorziet voor het verstrekken van diagnose-informatie aan verzekeraars bij ggz-patiënten.

De diagnose-informatie kan bij de ggz noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de formele en materiële controle en kan onderdeel uitmaken van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen. De diagnose-informatie is niet noodzakelijk voor de uitvoering van de formele en materiële controle bij zorg aan patiënten die de kosten van de zorg niet ten laste van een verzekering tegen ziektekosten brengen, de zogenaamde zelfbetalers. Ingeval diagnose-informatie onderdeel uitmaakt van de prestatiebeschrijving en noodzakelijk is voor de uitvoering van de formele en materiële controle, houdt dit niet noodzakelijkerwijs de verplichting in om in alle gevallen de diagnose-informatie op de declaratie te vermelden. Artikel 87 van de Zvw laat de mogelijkheid open van andere wijze van verstrekking dan wel van het voor inzage of het nemen van afschrift, ter beschikking stellen. Het onderhavige wetsvoorstel maakt het mogelijk dat de zorgaanbieders in bepaalde gevallen de voor de formele en materiële controle vereiste informatie ook op andere wijze dan via de declaraties aan de (zorg)verzekeraar moeten kunnen verstrekken.

Er wordt op gewezen dat de levering van zorgvraagwaarde-informatie via de declaratie tijdelijk is opgeschort tot 2016 in afwachting van de totstandkoming van een alternatieve wijze van aanleveren van die informatie op een wijze die minder belastend is voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Bij brief van 16 december 2014 is de Tweede Kamer daarover bericht.⁹⁴

II ARTIKELSGEWIJS

ARTIKEL I

Onderdeel A, sub 2

De leden van de CDA-fractie vragen wie de regering bedoelt met een verzekerde die geen verzekeringnemer is.

Een verzekerde is degene wiens risico aan behoefte aan zorg door een zorgverzekering is afgedekt. De verzekeringnemer is degene die een zorgverzekering met een zorgverzekeraar afsluit. De verzekeringnemer is op basis van artikel 16, eerste lid, van de Zvw de premie aan de zorgverzekeraar verschuldigd. In het geval van een verzekerde die geen verzeke-

⁹³ Kamerstukken II, 2014/15, 25 268, nr. 112.

⁹⁴ Kamerstukken II 2014/15, 25 424, nr. 259.

ringsnemer is, heeft een verzekeringsnemer een zorgverzekering afgesloten die ook het risico aan behoefte aan zorg voor die verzekerde afdekt. Er kan in dit verband worden gedacht aan een gezinspolis met één verzekeringsnemer en alle gezinsleden als verzekerden.

Onderdeel A, sub 3, en onderdelen D en V

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre met verbreding van de bijzondere positie van de FIOD in de WMG naar de iSZW alle bijzondere opsporingsdiensten betrokken zijn bij de aanpak van fraude in alle zorgsectoren, dus ook de langdurige zorg.

In de praktijk zijn alleen de FIOD en de iSZW daadwerkelijk betrokken bij de aanpak van zorgfraude. De bijzondere opsporingsdiensten ressorterend onder de Minister van Economische Zaken en van de Minister van Infrastructuur en Milieu zijn feitelijk niet betrokken bij de aanpak van zorgfraude.

De leden van de VVD-fractie vragen in hoeverre er al afspraken bestaan of worden voorbereid tussen de NZa, de bijzondere opsporingsdiensten en het College van procureurs-generaal van het OM.

Wat betreft het bestaan van afspraken tussen de NZa en het OM en de onderlinge rolverdeling verwijst de regering naar het samenwerkingsprotocol dat op 30 september 2014 aan de Tweede Kamer is gestuurd en gepubliceerd in de Staatscourant.⁹⁵

Onderdeel B

Artikel 7

De leden van de CDA-fractie geven aan dat door de wijziging van artikel 7 van de WMG de regering zichzelf weer meer bevoegdheden geeft om invloed uit te oefenen op de wijze waarop de NZa zijn toezicht en handhaving uitoefent. Deze leden vragen of het in het licht van het debat over het functioneren van de NZa niet verstandig is om dit artikel uit het wetsvoorstel te schrappen?

Het betreft hier het herstel van een bevoegdheid die met de invoering van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen onbedoeld is komen te vervallen. De voorgestelde wijziging biedt de Minister van VWS slechts de mogelijkheid voor het geven van een opdracht aan de NZa om te rapporteren. De Minister van VWS gebruikt die informatie voor de evaluatie en vorming van beleid. De voorgestelde wijziging leidt niet tot meer bevoegdheden voor de Minister om invloed uit te oefenen op de wijze waarop de NZa haar toezicht uitoefent. Naar aanleiding van de kabinetsreactie ten aanzien van de taken en positionering van de NZa⁹⁶ wordt separaat een wetsaanpassing voorbereid.

De leden van de D66-fractie vragen de regering of bij de wijziging van Artikel 1, onderdeel B, dat regelt dat de regering de bevoegdheid krijgt tot het geven van opdrachten aan de NZa met betrekking tot de werkwijze en

⁹⁵ Protocol tussen het Functioneel Parket, de FIOD, de Inspectie SZW, de NZa en de IGZ betreffende de behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan, in het kader van de bevordering van de normnaleving in de zorgsector (Protocol normnaleving zorgsector).

⁹⁶ Kamerstukken II, 2014/15, 25 268, nr. 112.

de taakuitoefening bij toezicht en handhaving wordt uitgesloten toezicht-aanwijzingen op individueel aanbieders- dan wel verzekeraarsniveau te geven.

Het voorgestelde nieuwe tweede lid van artikel 7 van de WMG geeft de Minister van VWS niet meer beïnvloedingsmogelijkheden met betrekking tot de werkwijze en de taakuitoefening bij toezicht en handhaving. De voorgestelde wijziging biedt de Minister van VWS slechts de mogelijkheid voor het geven van een opdracht om te rapporteren. De Minister van VWS gebruikt die informatie voor de evaluatie en vorming van beleid. Een aanwijzing op individueel aanbieders- of verzekeraarsniveau is uitgesloten. Ingevolge artikel 7, vierde lid van de WMG kan namelijk een aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geen betrekking op een individuele zorgaanbieder, ziektekostenverzekeraar of consument.

Onderdelen E en F

De leden van de VVD-fractie vragen op welke wijze de NZa die weging omtrent de openbaarmaking van het handhavingsbesluit zal uitvoeren, of zij daartoe een afwegingskader opstelt en of de zienswijze van de belanghebbende ook wordt opgenomen bij de openbaarmaking van het handhavingsbesluit.

Het is aan de NZa zelf om deze weging te maken. Ook nu kan de NZa – onder voorwaarden – handhavingsbesluiten openbaar maken (artikel 80 en 81 van de WMG). Hiervoor heeft de NZa al een intern afwegingskader opgesteld.⁹⁷ Partijen die het niet eens zijn met openbaarmaking van het handhavingsbesluit door de NZa kunnen naar de rechter stappen. De NZa dient immers vijf dagen voorafgaand aan openbaarmaking haar voornemen daartoe kenbaar te maken.

Onderdeel F

Artikel 20a

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de mogelijkheid tot een voorlopige voorziening met betrekking tot de bekendmaking van de openbaarmaking is ingebouwd?

Door middel van een voorlopige voorziening kan een belanghebbende op snelle wijze de rechter vragen om schorsing van een besluit. Bezwaar en beroep schorsen niet de werking van een besluit en deze procedures kennen over het algemeen een lange doorlooptijd. In de huidige procedure in artikel 80 en 81 van de WMG is een vergelijkbare mogelijkheid ingebouwd. Het is immers in ieders belang, zowel voor de onder toezicht gestelden als de toezichthouder, dat een zorgvuldige procedure wordt gevolgd en desgewenst kan worden getoetst door de rechter. Het openbaar maken van een onjuist handhavingsbesluit kan immers veel schade veroorzaken.

De leden van de CDA-fractie vragen of het feit dat de NZa een beschikking geeft om een feit ter openbare kennis te brengen betekent dat er behalve een voorlopige voorziening ook bezwaar mogelijk is op basis van de Algemene wet bestuursrecht.

⁹⁷ http://www.nza.nl/1048076/1048090/AL_BR_0014_Openbaarmaking_handhavingsbesluiten_Wob_besluiten_en_beslissingen_op_bezwaar.pdf, gepubliceerd in Stcrt. 2013, 9139.

Ja, het maken van bezwaar tegen de beschikking is ook mogelijk. De Algemene wet bestuursrecht (Awb) is van toepassing op de beschikking om een feit ter openbare kennis te brengen. Een belanghebbende kan op grond van de Awb beroep instellen bij het CBb tegen de beschikking om een feit ter openbare kennis te brengen. Degene die beroep kan instellen bij een bestuursrechter tegen een besluit, dient eerst tegen dat besluit bezwaar te maken, artikel 7:1, eerste lid, van de Awb. De mogelijkheid om een voorlopige voorziening in te dienen is ook geregeld in de Awb. De voorlopige voorziening hangt samen met het feit dat behoudens bijzondere regeling in een specifieke wet, een ingediend bezwaar geen schorsende werking heeft, artikel 6:16 Awb. Op grond van artikel 8:81, lid 1, Awb, kan alleen om een voorlopige voorziening worden gevraagd als tegelijkertijd tegen hetzelfde besluit bij de NZa bezwaar is gemaakt of bij de rechter beroep is aangekend.

Onderdeel K

Artikel 35

De leden van de CDA-fractie willen graag een toelichting op de vraag wanneer het noodzakelijk is ook diagnose-informatie aan te leveren.

Het aanleveren van diagnose informatie is alleen noodzakelijk als op geen andere wijze kan worden vastgesteld of de gedeclareerde prestatie in overeenstemming is met de feitelijk uitgevoerde prestatie. Ook is het noodzakelijk als niet anders kan worden vastgesteld dat de gedeclareerde prestatie de meest passende zorg is om aan de zorgvraag van de patiënt tegemoet te komen.

Onderdeel X

Artikel 68a

De leden van de CDA-fractie vragen naar de mogelijkheid om de uitwerking van wettelijke voorschrift in een gedragscode voor verzekeraars te handhaven.

De NZa is belast met het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de ziektekostenverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de WMG, Zvw en Wlz is geregeld (artikel 16 WMG). De NZa toetst aan het bepaalde bij of krachtens de wet. Maar vaak zijn het open normen en dan kunnen gedragscodes (die vaak een vastlegging zijn van wat als algemeen geaccepteerd gedrag wordt gezien) natuurlijk een belangrijke rol spelen bij de beoordeling. Indien de NZa de normen die uit een gedragscode voortkomen overneemt in haar normen- of toetsingskader, kan de NZa de normen uit die gedragscode betrekken in haar toezicht. Dit kan alleen voor zover de norm die in de wet is neergelegd daartoe ruimte biedt. Uitgangspunt is immers de norm die in wet- en nadere regelgeving is neergelegd. De NZa kan de norm die in de wet of in nadere regelgeving is neergelegd bestuursrechtelijk handhaven. Overigens kan ook het Cbp als zelfstandig toezichthouder handhavend optreden bij een overtreding van de Wbp.

De leden van de CDA-fractie vragen of sub 3 en sub 4 van het nieuwe vierde lid van artikel 68a betrekking hebben op zorgvraagzwaartegegevens in de ggz.

De bovenbedoelde onderdelen van het nieuwe vierde lid van artikel 86a hebben niet alleen betrekking op de ggz, maar op alle sectoren. De daar bedoelde gegevens moeten noodzakelijk zijn voor formele en materiële

controle. Als die gegevens om welke reden dan ook niet noodzakelijk zijn voor dat doel, hoeft die informatie niet te worden verstrekt. Dat kan bijvoorbeeld zo zijn in de gevallen waarin diagnose-informatie geen enkele voorspellende waarde of zeggingskracht heeft in relatie tot de te leveren of geleverde prestatie. Dan zijn die gegevens voor het doen van formele of materiële controle nutteloos. Daarom was de verstrekking van de zorgvraagzwaarteindicator bij persoonlijkheidsstoornissen niet aan de orde, ook voordat de levering van zorgvraagzwaarte-informatie op de declaratie tijdelijk is opgeschort. Dit heeft te maken met de huidige stand van de informatiewaarde van zorgvraagzwaartegegevens in de ggz.⁹⁸

Artikel 68d

De leden van de CDA-fractie vragen een toelichting op de in artikel 68d tweede lid, sub h bedoelde termijn voor het bewaren van persoonsgegevens.

De redelijke termijn is afhankelijk van het resultaat dat de uitgevoerde detailcontrole oplevert. Indien die controle voldoende zekerheid biedt dat er niets aan de hand is, volgt er geen verdere verwerking van de bij de detailcontrole gebruikte persoonsgegevens. De daarbij gehanteerde persoonsgegevens worden dan ook niet langer bewaard omdat het niet langer noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze zijn verkregen. Indien het resultaat van de uitgevoerde detailcontrole doet vermoeden dat er iets aan de hand is, volgt verdere verwerking van de bij de detailcontrole gebruikte persoonsgegevens. De desbetreffende persoonsgegevens worden dan langer bewaard. Artikel 68d van de WMG heeft betrekking op de aanvullende en de vrijwillige ziektekostenverzekeringen. Er geldt voor de detailcontrole bij de uitvoering van de zorgverzekering een soortgelijke regeling, artikel 87c, tweede lid, onderdeel h, van de Zvw. Voor de langdurige zorg wordt bij nota aan wijziging in het wetsvoorstel een soortgelijke regeling aan de Wlz (artikel 9.1.2c, tweede lid, onderdeel h) toegevoegd.

Onderdeel LL

Artikel 85a

De leden van de fractie van D66 vragen hoeveel signalen er zijn dat een zorgaanbieder met een nota een tarief in rekening brengt bij een ziektekostenverzekeraar, terwijl er helemaal geen zorg is geleverd. Tevens geven zij aan dat zij deze gang van zaken kwalificeren als fraude die via het strafrecht moet worden aangepakt, en dat er voordat er bestuursrechtelijk wordt opgetreden, er altijd afstemming moet zijn met het OM over het al dan niet vervolgen door het OM. Tevens vragen zij of hierover afspraken over zijn gemaakt, en waarom het wetsvoorstel hier geen wettelijke kaders stelt.

De NZa en het OM hebben op basis van artikel 17 van de WMG een samenwerkingsovereenkomst gesloten waarin zij gezamenlijk afspraken hebben gemaakt. Dit betreft het protocol normnaleving zorgsector tussen het OM/FP, de FIOD, de Inspectie SZW, de NZa en de IGZ betreffende de behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan, in het kader van de bevordering van de normnaleving in de zorgsector. Dit protocol is als

⁹⁸ Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 25 424, nr. 229.

eerder vermeld op 30 september 2014 door de Minister van Veiligheid en Justitie naar de Tweede Kamer verzonden⁹⁹.

Daarnaast is de Tweede Kamer in de brieven van 26 juni 2014¹⁰⁰ en 1 juli 2014¹⁰¹ geïnformeerd over het aantal bestuursrechtelijke en strafrechtelijke onderzoeken (uitgesplitst naar zorgsector) dat tot op heden is uitgevoerd door respectievelijk de NZa en de bijzondere opsporingsdiensten (onder leiding van het OM/FP), en tot welke bestuursrechtelijke dan wel strafrechtelijke maatregelen dit heeft geleid. De regering verwijst u volledigheidshalve naar deze brieven.

Onderdeel MM

De leden van de D66 fracties vragen naar de hoogte van de boete bij overtredingen van artikel 89 van de WMG.

De maximumboete per overtreding van € 2.250 kent een lange geschiedenis. Deze boetehoogte staat van begin af aan in de WMG vermeld. Dit artikel is met die boetehoogte overgenomen uit de Zvw. Uit de memorie van toelichting van de Zvw blijkt dat het artikel de vertaling vormt van de strafrechtelijke sanctie van artikel 89 Ziekenfondswet (Zfw) naar een bestuursrechtelijke sanctie. De maximumboete van € 2.250 is gelijk aan de maximumboete die onder artikel 89 Zfw gold (tweede categorie). De boete kan worden opgelegd aan alle personen en instanties die niet voldoen aan de informatieverplichtingen, hen opgelegd bij of krachtens de artikelen die in artikel 89 van de WMG zijn genoemd. De leden van de D66-fractie constateren terecht dat bij een cumulatie van overtredingen het totale boetebedrag flink kan oplopen. Omdat de boete per overtreding wordt geheven is het maximum van de boete gekoppeld aan de individuele overtreding.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

⁹⁹ Protocol tussen het Functioneel Parket, de FIOD, de Inspectie SZW, de NZa en de IGZ betreffende de behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan, in het kader van de bevordering van de normnaleving in de zorgsector (Protocol normnaleving zorgsector).

¹⁰⁰ Kamerstukken II, 2013/14, 28 828, nr 62.

¹⁰¹ Kamerstukken II, 2013/14, 28 828, nr. 70.