

Stichting KDVP
De heer mr. A. van Eldijk
Voorsterweg 153
7371 EL LOENEN

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

De heer K. Mengelberg
Den Texstraat 27
1017 XX AMSTERDAM

De heer G.R. van den Berg
Hoofdweg 19
1058 AV AMSTERDAM

Uw brief van

Behandeld door
mevrouw mr. R.F.D. Lips

Uw kenmerk

Telefoonnummer
030-296 81 85

E-mailadres
jur@nza.nl

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Onderwerp

Bezwaren gericht tegen de tariefbeschikking van 20 december 2007
Dossiernummers: NZA 816/NZa 733
Betreft: beslissing op bezwaar

Datum
7 juni 2012

BESLISSING OP BEZWAAR

Geachte heren,

Diverse personen en organisaties hebben tijdig bezwaar gemaakt tegen de tariefbeschikking van 20 december 2007, waarin is vastgelegd dat psychiaters, psychotherapeuten en psychiatrische instellingen per 1 januari 2008 hun behandelingen enkel op grond van de - destijds geldende - Beleidsregel Productstructuur DBC GGZ (CA-184) in rekening kunnen brengen.

De NZa heeft bij besluit van 7 augustus 2008 de bezwaren ongegrond verklaard¹. Tegen dit besluit hebben diverse personen en organisaties beroep ingesteld bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb).

Het beroep bestaat uit de volgende twee onderdelen:

- I. de DBC-productstructuur en de maximumtarieven vrijgevestigde psychiaters
- II. de verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden en te verstrekken aan zorgverzekeraars

Het CBb heeft in haar uitspraak van 2 augustus 2010² het beroep op beide onderdelen gegrond verklaard. Het CBb heeft de NZa hierbij opgedragen een nieuwe beslissing op bezwaar te nemen met inachtneming van de uitspraak in beroep.

¹ Kenmerk JROE/ascn/bbb/08/b585.

² CBb 2 augustus 2010, LJN: BN3056.

Kenmerk
riis/816/JZ/12/1436

Pagina
2 van 12

Voorts heeft het CBb ten aanzien van het tweede onderdeel van het beroep een voorlopige voorziening getroffen: appellanten, voor zover zij handelen als vrijgevestigde psychiaters of psychotherapeuten, hoeven tot zes weken na de nieuwe beslissing op bezwaar geen diagnose-informatie op de declaraties te vermelden.

Bij besluit van 8 april 2011 heeft de NZa de bezwaren wederom ongegrond verklaard³.

Tegen dit besluit heeft de Stichting Koepel van DBC-vrije praktijken van Psychotherapeuten en Psychiaters een verzoek om een voorlopige voorziening ingediend bij het CBb. In haar uitspraak van 15 juni 2011⁴ heeft de voorzieningenrechter van het CBb besloten tot verlenging van de schorsing van de verplichting voor appellanten, voor zover handelend als vrijgevestigd psychiater of psychotherapeut om tot zes weken na de nieuwe beslissing op bezwaar geen diagnose-informatie op de declaraties te vermelden.

Voorts hebben diverse genoemde personen en organisaties beroep ingesteld bij het CBb tegen het besluit van 8 april 2011.

Het beroep bestaat uit de volgende twee onderdelen:

- I. de DBC-productstructuur en de maximumtarieven vrijgevestigde psychiaters
- II. de verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden en te verstrekken aan zorgverzekeraars.

In de uitspraak van 8 maart 2012⁵ heeft het CBb het beroep ten aanzien van de DBC-productstructuur ongegrond verklaard. Het beroep met betrekking tot de diagnose-informatie is gegrond verklaard. Het CBb heeft de NZa hierbij opgedragen om opnieuw te beslissen op de bezwaren van de in bijlage 1 genoemde personen en organisaties (hierna: bezwaarden). Tevens heeft het CBb de voorlopige voorziening getroffen dat bezwaarden tot zes weken na de nieuwe beslissing op bezwaar geen diagnose-informatie, of tot de diagnose herleidbare informatie, op de declaraties hoeven te vermelden.

Naar aanleiding van de uitspraak van het CBb zijn belanghebbenden op 2 mei 2012 opnieuw gehoord. Van deze hoorzitting is een verslag gemaakt (bijlage 2).

In haar vergadering van 5 juni 2012 heeft de NZa de bezwaren in heroverweging genomen. De NZa heeft besloten tot gegrondverklaring van de bezwaren. Hieronder volgt de motivering daarvan.

³ Kenmerk rdok/733/bbb/11/828 en 816/rdok/bbb/11/825 en 802/rdok/bbb/11/816.

⁴ Voorzieningenrechter CBb 15 juni 2011, LJN:BQ8662.

⁵ CBb 8 maart 2012, AWB 11/317, 11/358 en 11/372 13950).

DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Kenmerk
rliis/816/JZ/12/1436

Pagina
3 van 12

Bezwaarden kunnen zich niet vinden in de verplichting tot het vermelden op de declaratie van GGZ-zorgverleners van gegevens, welke zijn te herleiden tot een door de betrokken zorgverlener met betrekking tot de betrokken patiënt gestelde diagnose. Bezwaarden voeren hiertoe – kort samengevat – het volgende aan:

Bezwaarden stellen dat de verplichting tot de vermelding van privacygevoelige diagnose-informatie op de factuur, in strijd is met het medisch beroepsgeheim van psychiaters. De tariefbeschikking van 20 december 2007 en de achterliggende beleidsregels zouden de psychiaters verplichten tot handelen in strijd met artikel 8 van het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM)⁶. Volgens bezwaarden is sprake van een onrechtmatige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer van de patiënt.

Ten aanzien van de zelfbetalende patiënten (de categorie patiënten die de behandeling zelf betaalt, althans niet declareert bij een verzekeraar), wordt door bezwaarden opgemerkt dat niet duidelijk is welk belang is gediend bij vermelding van de diagnose-informatie op de declaratie, indien de patiënt daar zelf geen prijs op stelt.

OORDEEL NZa

Alvorens in te gaan op de beoordeling van de bezwaren, volgt volledigheidshalve eerst een korte samenvatting van de achtergronden van de bezwaarprocedures.

Wettelijk kader

Wet marktordening gezondheidszorg en Zorgverzekeringswet

Op grond van art. 35 Wet Marktordening gezondheidszorg (Wmg) is het een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen voor prestaties waarvoor geen prestatiebeschrijving respectievelijk bijbehorend tarief is vastgesteld. In die gevallen mag de zorgverzekeraar ook niet uitbetalen of aan derden vergoeden.

In artikel 37 Wmg is vastgelegd dat de NZa nadere regels kan stellen inzake de wijze van declaratie door zorgaanbieders.

Artikel 38 Wmg bepaalt onder meer dat zorgaanbieders een tarief in rekening brengen onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving. Op grond van artikel 38 Wmg kan de NZa nadere regels stellen inzake het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen. Dit aangezien, het informeren over en specificeren van prestaties bijdraagt aan het inzichtelijk maken van de prijs/kwaliteitverhouding van de zorg.

⁶ Artikel 8 EVRM: recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Uit de artikelen 50 tot en met 56 Wmg volgt de bevoegdheid van de NZa om prestatiebeschrijvingen vast te stellen en deze neer te leggen in beleidsregels. DBC's kunnen worden aangemerkt als prestatiebeschrijvingen in de zin van de Wmg.

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
4 van 12

Uit de artikelen 62, 68 en 68a Wmg volgt onder meer dat de NZa regels kan stellen inhoudende welke gegevens en inlichtingen regelmatig dienen te worden verstrekt door de zorgaanbieders aan de NZa.

In artikel 87 Zorgverzekeringswet (Zvw) is onder meer weergegeven dat de zorgaanbieder persoonsgegevens van verzekerde – waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid – verstrekt aan de zorgverzekeraar welke noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw.

Beleidsregels

De Beleidsregel Productstructuur DBC GGZ (CA-184) dient ter declaratie van de GGZ-productie in 2008. De Beleidsregel bevat de prestatiebeschrijvingen voor de GGZ. In de bijlage bij de beleidsregel is de indeling in productgroepen met bijbehorende codes en bedragen opgenomen.

In de Beleidsregel Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg (CA-222) is onder meer vastgelegd dat zorgaanbieders een afgesloten DBC declareren op basis van de productstructuur. Deze productstructuur is opgebouwd uit een tabel voor behandeling en een tabel voor verblijf. Aan de productstructuur zijn bedragen, declaratiecodes en productgroepcodes gekoppeld.

Regelingen

Op grond van de artikelen 37 en 38 Wmg heeft de NZa de 'Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ' vastgesteld⁷. In deze regeling is onder meer bepaald dat de DBC-prestatiecode bestaat uit een 12-cijferige code, die het afgesloten DBC-traject beschrijft. De DBC-prestatiecode is samengesteld uit afzonderlijke codes die het zorgtype, de diagnoseclassificatie en de productgroepen voor verblijf en behandeling aanduiden. Het DBC-tarief (indien geen sprake is van verblijf) bestaat uitsluitend uit het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling.

De zorgaanbieder declareert het DBC-tarief bij de cliënt of de zorgverzekeraar. De declaratie bevat naast de gebruikelijke informatie de DBC-prestatiecode en de lekenomschrijving van de geleverde zorg. De diagnose-informatie op de factuur is beperkt tot de 14 diagnosehoofdgroepen in de langdurige of intensieve behandelgroepen, overeenkomstig de productstructuur.

Op grond van de artikelen 62, 68 en 68a Wmg heeft de NZa de 'Regeling Instructie DBC-registratie GGZ' vastgesteld, met als bijlage de 'Spelregels DBC-registratie versie 2008'.

⁷ De Regeling is van toepassing is op declaraties vanaf 1 januari 2008.

Op grond van artikel 87 Zvw is de 'Regeling Zorgverzekering' vastgesteld⁸.

Artikel 87 Zvw de Regeling zorgverzekering en artikel 68a Wmg voorzien in de noodzakelijke wettelijke opdracht voor de verstrekking van persoonsgegevens/inmenging in de privé-sfeer van de patiënt en de doorbreking van het beroepsgeheim door de betrokken zorgaanbieders en de basis voor de verplichting tot aanlevering van diagnose-informatie aan zorgverzekeraars. In artikel 7 van de Regeling Zorgverzekering is bepaald dat de zorgverzekeraar beschikt over de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie - de DBC - en over de gegevens die op grond van een declaratieregeling van de NZa aan de zorgverzekeraar moeten worden verstrekt. In de toelichting bij de Regeling Zorgverzekering is uitdrukkelijk aangegeven dat de informatie die op de declaratie moet worden vermeld ten behoeve van de materiële en formele controle door zorgverzekeraars. De regeling is in overeenstemming met het veld, en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) vastgesteld.

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
5 van 12

DBC's in de GGZ

Een DBC geeft het geheel van activiteiten en verrichtingen van de (medisch) specialist en de instelling weer (bijvoorbeeld vormen van diagnostiek, behandeling etc.) voortvloeiend uit de zorgvraag van de patiënt⁹. Een DBC beschrijft met vier codes (zorgtype, zorgvraag, diagnose, behandeling) met welke klacht en hoe een patiënt het ziekenhuis binnenkomt, welke diagnose er gesteld is en de behandeling. Een diagnose kan dus niet los worden gezien van de behandeling.

Bij circulaire van 16 november 2006¹⁰ heeft de NZa de zorgaanbieder geïnformeerd over de regelgeving DBC GGZ zoals die met ingang van 1 januari 2008 in werking zou treden. Door zorgaanbieders vroegtijdig te informeren zijn de zorgaanbieders in staat gesteld zich gedegen voor te bereiden op de introductie van de DBC-declaratiesystematiek.

Gelet op het vraagstuk van toezicht, controle en privacy-aspecten heeft de Minister van VWS het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) om advies gevraagd. Op 6 december 2006¹¹ heeft het CBP positief gereageerd op de vermelding van diagnose-informatie op de declaratie betreffende 14 diagnose-hoofdgroepen in de lang ambulante zorg. Het CBP concludeerde - kort samengevat - dat de argumenten om diagnose-informatie te vermelden op de declaratie voldoende overtuigend zijn om aan te nemen dat de inbreuk op de privacy gerechtvaardigd wordt door de noodzakelijkheid van de verstrekking van die gegevens aan zorgverzekeraars.

⁸ De Regeling is voor het eerst gepubliceerd in 2005.

⁹ Begripsomschrijving van 'DBC' op de website van www.dbconderhoud.nl

¹⁰ Kenmerk AWBZ 06/24 c

¹¹ Brief CBP aan het Ministerie van VWS van 6 december 2006.

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
6 van 12

Het CBP acht de vermelding van diagnose-informatie op de declaratie onder bepaalde voorwaarden in overeenstemming met de Wet Bescherming persoonsgegevens (WBP). Eén van die voorwaarden is dat de vermelding van diagnose-informatie beperkt blijft tot de behandelingen van minimaal 250 minuten (de zogeheten 'langdurige behandeltrajecten').

Bij brief van 18 december 2006¹² heeft de NZa de zorgaanbieder nader geïnformeerd over de invoering van de DBC's GGZ en de daarbij behorende regels en procedures. Hierbij is onder meer de Beleidsregel 'Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg' toegezonden (CA-154).

Bij circulaires van 6 en 13 november 2007 heeft de NZa zorgaanbieders nader geïnformeerd over de beleidsregels in de GGZ, waaronder de - per 1 januari 2008 geldende - Beleidsregel Productstructuur DBC GGZ (CA-184) en de Beleidsregel Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg (CA-222).

In de tariefbeschikking van 20 december 2007 is vastgelegd dat met ingang van 1 januari 2008 bepaalde zorgaanbieders (maximaal) de bedragen vermeld achter de bijbehorende productgroep voor behandeling en voor verblijf in rekening mogen brengen. Voorts vloeit uit deze tariefbeschikking de verplichting voort om diagnose-informatie op de factuur te zetten.

Declaratiesystematiek

De declaratiesystematiek tot 1 januari 2008

Voor 1 januari 2008 viel de verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid (welke werden vergaard in verband met een door of namens de verzekerde gedaan verzoek om toestemming te verkrijgen voor het ontvangen van bepaalde zorg c.q. de vergoeding daarvan) onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.

In de declaratiesystematiek voor 1 januari 2008 was het uitgangspunt dat de meldingsformulieren bij zorgverzekeraars/zorgkantoren werden behandeld door een functionele eenheid onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. De betreffende medewerkers hadden een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht, maar vielen niet onder het medisch tuchtrecht. Na de meldingsprocedure voorafgaand aan de zorgverlening, declareerden de zorgaanbieders zittingen en was op de declaratie geen vermelding van diagnose-informatie nodig.

¹² Kenmerk AWBZ 06/29c

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
7 van 12

De declaratiesystematiek per 1 januari 2008

Sinds 1 januari 2008 is binnen de GGZ sprake van DBC-systematiek. Voorts is per 1 januari 2008 de curatieve GGZ (de op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg die 365 dagen of korter duurt) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zvw. Geestelijke gezondheidszorg is per 2008 dus een op grond van de Zvw verzekerd risico¹³. De Zvw stelt andere eisen aan de inhoud van de declaraties aan de zorgverzekeraar. Declaraties voor behandelingen onder de Zvw zijn patiënt-/verzekerde gebonden, omdat deze ten laste komen van een op naam gestelde verzekeringspolis. Bij deze declaraties staan de door de NZa gedefinieerde prestaties (de DBC's) centraal.

Zoals gesteld is de verplichte vermelding van diagnose-informatie op de factuur beperkt tot langdurige behandeltrajecten. In de prestatiebeschrijvingen voor de langdurige DBC's is alleen een diagnoseclassificatie op DBC-hoofdgroepniveau herkenbaar in de prestatieomschrijving en de prestatiecodes. De diagnose-informatie die op de declaratie wordt vermeld, beperkt zich tot een indeling in één van de 14 hoofdgroepen. De zorgverzekeraars kunnen dus alleen kennisnemen van de betreffende hoofddiagnosegroep. Gegevens over de behandeling of individuele detailgegevens over de patiënt worden uitdrukkelijk niet via de declaratie aan de zorgverzekeraar verstrekt.

De materiële controle en fraudeonderzoeken door de zorgverzekeraars worden uitgevoerd door zogeheten 'functionele eenheden' van een zorgverzekeraar. Deze functionele eenheden opereren onder verantwoordelijkheid van bij de zorgverzekeraars werkzame medisch adviseurs. De medisch adviseurs zijn uit hoofde van hun beroep tot geheimhouding verplicht.

Uitspraak CBb van 8 maart 2012

Het CBb heeft in haar uitspraak van 8 maart 2012 geoordeeld dat de NZa in haar nieuwe beslissing op bezwaar van 8 april 2011 geen juiste uitvoering heeft gegeven aan haar eerdere uitspraak van 2 augustus 2010.

Het CBb vernietigt de beslissing op bezwaar van 8 april 2011, voorzover de NZa de (bij tariefbeschikking van 20 december 2007 in werking gestelde) verplichting tot het vermelden van privacy-gevoelige diagnose-informatie op de declaratie van GGZ zorgverleners, heeft gehandhaafd.

¹³ Art. 10 aanhef onder a Zvw.

Daarnaast herroept het CBb de tariefbeschikking van 20 december 2007, voor zover deze de verplichting tot het vermelden van diagnose-informatie in werking heeft gesteld voor de gevallen waarin door een zorgverlener aan een patiënt een declaratie rechtstreeks wordt overhandigd c.q. per post wordt toegestuurd, één en ander voor zover de patiënt aan de zorgverlener te kennen heeft gegeven dat hij de rekening voor de behandeling niet bij een zorgverzekeraar zal declareren en dat hij om redenen van privacy vermelding van diagnose-informatie op de aan hem te overhandigen declaratie niet wenst (de zogeheten 'zelfbetalers').

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
8 van 12

Het CBb oordeelde dat de verplichting tot vermelden van privacy-gevoelige diagnose-informatie op de factuur in beginsel niet onrechtmatig behoeft te zijn, mits daarbij uitzonderingsmogelijkheden zijn ingebouwd, waarbij van de informatieverplichting kan worden afgeweken ter respectering van privacybezwaren. Het CBb heeft de NZa de opdracht gegeven opnieuw te beslissen op de bezwaren met betrekking tot de verplichting tot vermelding van privacygevoelige diagnose-informatie op de factuur. Hierbij dient te worden gewaarborgd dat de keuze van een zorgverlener om van de mogelijkheid gebruik te maken geen diagnose-informatie op de declaratie te vermelden, ook in economisch opzicht een reële keuze is.

Het CBb heeft voorts de voorlopige voorziening getroffen dat voor psychiaters de uit de tariefbeschikking van 20 december 2007 voortvloeiende verplichting om privacygevoelige diagnose-informatie op de declaratie te vermelden en aan zorgverzekeraars te verstrekken, wordt geschorst tot zes weken na het nemen van een nieuw besluit op bezwaar.

Motivering naar aanleiding van de uitspraak van het CBb van 8 maart 2012

Verplichting vermelding diagnose-informatie op de factuur

Bij de beoordeling van de bezwaren met betrekking tot de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden, benadrukt de NZa allereerst het doel dat is gediend met voornoemde verplichting. Duidelijke informatieverstrekking over prestaties, kwaliteit en kosten is van wezenlijk belang in een zorgstelsel dat uitgaat van gereguleerde marktwerking en prestatiebekostiging.

De prestatiebeschrijving en het daarbij behorende tarief spelen een grote rol in de verhoudingen tussen de zorgverzekeraar, zorgaanbieder en verzekerde. De verzekerde heeft er recht op te weten welke kosten zijn verbonden aan de zorg die de zorgaanbieder heeft geleverd. Zorgaanbieders dienen te beschikken over redelijkerwijs kostendekkende tarieven behorend bij zorgprestaties die hanteerbaar en herkenbaar zijn. Zorgverzekeraars dienen te beschikken over inzicht in de kosten van zorgprestaties en over vergelijkbare informatie over de prijs-/kwaliteitsverhouding van zorgaanbod.

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
9 van 12

De verstrekking van diagnose-informatie aan de zorgverzekeraars is bovendien niet uitsluitend noodzakelijk voor de uitoefening van hun zorginkooptaak, het verstrekken van diagnose-informatie is ook van belang voor een adequate uitoefening van hun (formele en materiële) controletaak. Wanneer de zorgverzekeraars beschikken over informatie met een voldoende onderscheidend vermogen in relatie tot de geleverde zorgprestatie en de daarmee samenhangende kosten, kunnen zij vaststellen of de zorgprestatie daadwerkelijk aan de verzekerde is geleverd, of het een prestatie betreft die onder de verzekeringspolis valt en of de geleverde zorg op een correcte wijze wordt gedeclareerd.

Gelet op het voorgaande is de NZa dan ook van oordeel dat complete afschaffing van de verplichte vermelding van diagnose-informatie op de declaratie niet verenigbaar is met de DBC-systematiek en de doelen die daarmee worden beoogd. De invoering van een systeem gebaseerd op verrichtingen dan wel een systeem waarbij DBC-gegevens op geaggregeerd niveau worden aangeleverd - in plaats van het huidige DBC-systeem - is dan ook niet aan de orde.

Voorlopige uitzondering in geval van privacybezwaren

De NZa voorziet in een uitzonderingsmogelijkheid ten aanzien van de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden, in geval van privacybezwaren. Gelet op de door het CBb getroffen voorlopige voorziening in haar uitspraak van 8 maart 2012 heeft de NZa hiertoe allereerst de 'Tijdelijke regeling ontheffing verplichte vermelding diagnose-informatie op de DBC-factuur' (NR/CU-518) vastgesteld. Op basis van deze tijdelijke regeling is de verplichting om de DBC-prestatiecode en de lekenomschrijving op de factuur te vermelden, ten aanzien van de appellanten sub 2 en 3 genoemd in de uitspraak van het CBb, geschorst. Eveneens hoeft geen tot de diagnose herleidbare informatie te worden opgenomen op de factuur. De tijdelijke regeling geldt van 8 maart 2012 tot zes weken na bekendmaking van de onderhavige beslissing op bezwaar.

Uitzondering op de verplichting tot vermelding van diagnose-informatie op de factuur in geval van privacybezwaren

Naar aanleiding van de uitspraak van het CBb heeft de NZa voorts een definitieve ontheffingsmogelijkheid gecreëerd ten aanzien van de verplichting om diagnose-informatie op de factuur te vermelden, in geval van privacybezwaren. De NZa heeft hiertoe de nieuwe Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ (NR/CU-520) ([bijlage 3](#)) opgesteld.

Algemeen

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
10 van 12

Op grond van deze uitzonderingsbepaling blijft de vermelding van de DBC-prestatiecode - voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens - achterwege indien de cliënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend overeenkomstig de bijlage bij de Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ¹⁴.

Een dergelijke verklaring dient vóór - doch uiterlijk op het moment van indiening van de factuur bij de zorgverzekeraar - in het bezit te worden gesteld van de zorgverzekeraar van de cliënt¹⁵. De zorgaanbieder dient een afschrift van voornoemde verklaring in zijn administratie te bewaren¹⁶. De controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van facturen die door een zorgaanbieder, dan wel een cliënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur¹⁷.

Zelfbetalers

In de Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ is voorts een uitzonderingsbepaling ten aanzien van de zogeheten zelfbetalers opgenomen.

De vermelding van de DBC-prestatiecode (voor zover betrekking hebbend op tot de diagnose herleidbare gegevens) alsmede de lekenomschrijving op de factuur blijven buiten toepassing indien een cliënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de factuur, respectievelijk facturen, met betrekking tot de door hem genoten behandeling(en) zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar aan te bieden¹⁸.

Wanneer een zelfbetaler zich bedenkt en de factuur op een later moment alsnog ter betaling wil indienen bij zijn zorgverzekeraar, dan dient alsnog een verklaring als bedoeld in artikel 7.1 van de Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ te worden ingevuld en ondertekend¹⁹.

Gelet op het feit dat de tarieven in de GGZ zo specifiek zijn dat de diagnose (op hoofdgroepniveau) kan worden afgeleid, indien op de declaratie het geldende maximumtarief wordt vermeld, wijst de NZa er allereerst op dat de prijzen onder het maximumtarief reeds vrij onderhandelbaar zijn. Voorts wijst de NZa op de mogelijkheid om bijvoorbeeld de behandelingen gesplitst in te dienen bij de zorgverzekeraar²⁰.

¹⁴ Artikel 7.1 Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ.

¹⁵ Artikel 7.2 Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ.

¹⁶ Artikel 7.3 Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ.

¹⁷ Artikel 7.5 Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ.

¹⁸ Artikel 7.7 Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ.

¹⁹ De artikelen 7.2 tot en met 7.5 Regeling declaratiebepalingen GGZ zijn in dat geval van overeenkomstige toepassing.

²⁰ Artikel 7.4 Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ.

Kenmerk
rliis/816/JZ/12/1436

Pagina
11 van 12

De NZa benadrukt volledigheidshalve dat bovengenoemde ontheffingsmogelijkheid uitsluitend van toepassing is binnen de GGZ. Binnen de somatische zorg kan derhalve geen beroep worden gedaan op de uitzonderingsbepaling in geval van privacybezwaren. De NZa sluit hiermee aan bij het oordeel van het CBb. Het College overweegt in randnummer 5.26 van haar uitspraak dat niet valt in te zien dat - in dezelfde mate als bij psychische hulpverlening het geval kan zijn - het medische beroepsgeheim en de privacy van de patiënt instrumenteel zijn voor de behandeling van de patiënt met een somatische diagnose.

De Regeling declaratiebepalingen DBC GGz treedt in werking de dag na publicatie in de Staatscourant.

Uitzondering op de verplichting tot aanlevering van de informatie aan het DIS in geval van privacybezwaren

Hoewel de waarborging van de anonimiteit van de gegevens bij het DIS niet ter discussie staat en het CBb in haar uitspraak niet heeft aangegeven dat een uitzonderingsmogelijkheid dient te worden gecreëerd ten aanzien van de gegevensaanlevering aan het DIS, ziet de NZa desalniettemin aanleiding om - in geval van privacybezwaren - ook een uitzonderingsmogelijkheid te creëren ten aanzien van de aanlevering van gegevens aan het DIS. Dit, teneinde voor de categorie patiënten met privacybezwaren een totaaloplossing te bieden.

De NZa heeft hiertoe de nieuwe Regeling aanlevering Minimale Dataset (MDS)(NR/CU-519) ([bijlage 4](#)) opgesteld. Op grond van artikel 6 van deze regeling geldt de verplichting voor een zorgaanbieder tot aanlevering van de MDS aan DIS niet indien en voor zover het MDS-gegevens betreft die betrekking hebben op gedeclareerde prestaties c.q. DBC-facturen die onder de uitzonderingsbepaling van artikel 7 van de Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ vallen.

De Regeling aanlevering Minimale Dataset treedt in werking de dag na publicatie in de Staatscourant.

CONCLUSIE

Gelet op het voorgaande heeft de NZa besloten om de bezwaren gegrond te verklaren.

Ingevolge artikel 105 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan een belanghebbende binnen zes weken na datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, postbus 20021, 5200 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet ten minste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.

Kenmerk
rlis/816/JZ/12/1436

Pagina
12 van 12

Hoogachtend,
De Nederlandse Zorgautoriteit

mr. drs. T.W. Langejan,
voorzitter Raad van Bestuur

Kopie aan: Zorgverzekeraars Nederland te Zeist
 NVvP te Utrecht
 GGZ Nederland te Amersfoort
 Nederlands Instituut van Psychologen te Utrecht
 Landelijk Platform GGZ te Utrecht
 NVVP te Utrecht