De primaire diagnose op de factuur in de GGZ-sector: noodzakelijk en legitiem

Management samenvatting

Algemeen

- In dit document wordt toegelicht waarom verplichtstelling van vermelding van de primaire diagnose op de nota in de generalistische basis GGZ en gespecialiseerde GGZ noodzakelijk en vanuit privacyrechtelijk perspectief houdbaar is.

Noodzaak

- De verwerking van de primaire diagnose door zorgverzekeraars is noodzakelijk om per geval een zorgvuldig en nauwkeurig antwoord te kunnen geven op de volgende drie vragen:
  - is de verleende zorg een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering?
  - heeft de patiënt voor die zorg een indicatie?
  - is de zorg doelmatig?

- Door vermelding van de primaire diagnose kan bovendien de rechtmatigheid van de tarieven die de zorgaanbieder in rekening brengt beter worden gecontroleerd.

Proportionaliteit en subsidiariteit

- Vermelding van de primaire diagnose op de factuur door zorgaanbieders zal alleen in die gevallen verplicht worden gesteld, waarin vermelding daarvan werkelijk bijdraagt aan de verwezenlijking van de hiervoor genoemde doelen.

- De verplichtstelling beperkt zich tot de gegevens die voor de aangegeven doeleinden noodzakelijk zijn, te weten de primaire diagnose.

- Elke patiënt die bezwaar heeft tegen vermelding van zijn primaire diagnose op de declaratie heeft een opt-out mogelijkheid.

- Gezien de informatie waarover de zorgverzekeraar nu al beschikt, is de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer verhoudingsgewijs beperkt.

- Systematische controle van declaraties vooraf aan de hand van de primaire diagnose zal leiden tot een verdere vermindering van het aantal gevallen waarin detailcontrole nodig is.

- Zorgvuldige verwerking van de declaraties door zorgverzekeraars is gewaarborgd.

- De primaire diagnose heeft een onderscheidende betekenis die geen ander gegeven bezit. Een alternatief is er niet, ook de zorgvraagzwaarte-indicator is geen volwaardig alternatief.

1 Inleiding

1.1 Vraagstelling

Bij brief aan de Tweede Kamer van 25 oktober 2013, kenmerk 157862-111424-CZ, heeft de minister van VWS aangekondigd dat in de toekomst de primaire diagnose op de GGZ-factuur vermeld zal worden, waar dit nu nog niet het geval is. Hierover zijn afspraken gemaakt in het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 (§ 4.a). Het gaat hierbij onder meer om dbc's in de gespecialiseerde GGZ en de producten in de generalistische basis-GGZ (samen: geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, G-GGZ). Vermelding van de primaire diagnose kan pas in 2015 plaatsvinden in verband met de noodzakelijke privacytoetsing.

In dit document worden de argumenten aangereikt die het College bescherming persoonsgegevens (Cbp) in staat moeten stellen zich een oordeel te vormen over de aanvaardbaarheid van vermelding van de primaire diagnose op de factuur. Het LPGGz en ZN hebben de argumenten vóór vermelding van de primaire diagnose gedeeld en zijn gezamenlijk van mening dat de uiteenzetting in dit memo voldoende grondslag biedt om vermelding van de primaire diagnose uit een oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer te aanvaarden.[1]

De NZa vraagt om het oordeel van het Cbp over haar voornemen om in een nadere regel op te nemen dat zorgaanbieders in de G-GGZ verplicht zijn op de factuur de primaire diagnose volgens DSM-IV-TR te vermelden. Deze factuur komt in het bezit van de zorgverzekeraar, die na verwerking en controle al dan niet overgaat tot uitbetaling. Dit leidt ertoe dat, zoals ook in de regelgeving voorzien, de zorgverzekeraar de beschikking krijgt over alle gegevens op de factuur, met in begrip van de primaire diagnose.

1.2 Reikwijdte

Het verzoek van de NZa heeft betrekking op twee typen van G-GGZ: de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. G-GGZ heeft betrekking op diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen en zo nodig begeleiding. Behandeling van klachten, zonder dat sprake is van een psychische stoornis, valt niet onder de G-GGZ (al kan behandeling van klachten wel vergoed worden binnen de huisartsenzorg). Zowel voor generalistische basis GGZ als gespecialiseerde GGZ geldt dat slechts dan van verzekerde zorg sprake is, wanneer er sprake is van een

[1] Met de primaire diagnose wordt bedoeld de DSM-IV-TR as I/II stoornis (ICD-9-CM code) die voor de GGZ-behandeling is vastgesteld.

psychische stoornis die is opgenomen in DSM-IV-TR. De generalistische basis GGZ is bedoeld voor behandeling wanneer sprake is van een psychische stoornis in combinatie met een gemiddeld tot lage beperking van het functioneren. Afhankelijk van de ernst van de problematiek, het risico, de complexiteit van de aandoening en het beloop van de klachten kan er aanleiding zijn de patiënt te verwijzen naar de gespecialiseerde GGZ.

Het verzoek heeft géén betrekking op de langdurige GGZ. Hiermee wordt bedoeld het voortgezet verblijf en de behandeling in een GGZ-instelling na 365 dagen. Het ligt in het voornemen deze langdurige zorg van de AWBZ over te hevelen naar de Zvw.[2] Hoewel het in de rede ligt dat ook voor deze zorg de vermelding van de primaire diagnose op de factuur verplicht wordt gesteld, is een daarop betrekking hebbend verzoek om beoordeling door het Cbp prematuur, aangezien op dit moment het regelgevend kader voor dit type zorg (zowel betreffende de precieze modaliteiten van de verzekeringsdekking als van de tariefstelling) op dit moment nog niet voldoende is uitgekristalliseerd.[3]

2 Verzekeringsdekking en tariefstelling

2.1 Inleiding

Hierna wordt een korte toelichting gegeven op de verzekeringsdekking en de tariefstelling binnen de geestelijke gezondheidszorg. In dat kader zal de voorgenomen verplichting tot vermelding van de primaire diagnose op de factuur in de GGZ-sector worden geplaatst.

2.2 Verzekeringsdekking

Gepast gebruik

De beoogde verwerking van de primaire diagnose in de G-GGZ staat in het teken van de bevordering van gepast gebruik. Gepast gebruik kan worden onderscheiden in drie elementen:

- is de verleende zorg naar inhoud een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering?
- heeft de patiënt voor die zorg een indicatie?
- is de zorg doelmatig?

[2] Advies van de NZa 'Overheveling langdurige GGZ naar de Zvw. Bekostiging van de langdurige GGZ gericht op behandeling en verblijf' van augustus 2013.

[3] Voor voortgezet verblijf en de daarbij behorende zorg, waarop na 365 dagen ingevolge de AWBZ aanspraak kan bestaan, gelden thans tarieven per zorgzwaartepakket. Het staat nog niet vast welke prestaties en tarieven zullen worden gehanteerd na overheveling naar de Zvw.

Inhoud van de zorg

Bij de generalistische GGZ en de gespecialiseerde GGZ gaat het om zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden.[4] De verzekeringsaanspraak omvat tevens verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg.[5] Inhoud en omvang van de te verzekeren – in algemene termen omschreven – zorg worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk.[6] Het CVZ[7] heeft tot taak de eenduidige uitleg van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties te bevorderen. Daartoe brengt het CVZ rapporten uit waarin onder andere wordt uiteengezet welke prestaties geacht kunnen worden overeen te komen met de stand van de wetenschap en praktijk. Voor het onderwerp van dit verzoek is in het bijzonder van belang het Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2 van 11 juli 2013.[8] In dit advies heeft het CVZ voor alle DSM-IV hoofdgroepen aangegeven in hoeverre sprake is van verzekerde zorg en welk bekostigingskader (huisartsenzorg, G-GGZ, AWBZ of anderszins) van toepassing is. In dit verzoek wordt deze indeling en de daarbij door het CVZ gegeven duiding van de verzekeringsstatus van de betrokken zorg tot uitgangspunt genomen.

Indicatie en doelmatigheid

Een verzekerde heeft recht op verstrekking van de verzekerde zorg of op vergoeding van de kosten daarvan voor zover hij op deze zorg 'redelijkerwijs aangewezen' is.[9] Dit criterium omvat wat gewoonlijk wordt aangeduid als het indicatievereiste. Voor zowel de generalistische GGZ als voor de gespecialiseerde GGZ wordt vereist dat sprake is van (het vermoeden van) een stoornis als bedoeld in DSM-IV-TR as I of II. Tevens omvat het 'redelijkerwijs aangewezen' criterium de doelmatigheidseis.[10] Deze eis houdt onder andere in dat wanneer gelet op de omstandigheden van de verzekerde met een minder kostbare vorm van zorg kan worden volstaan, deze geen recht heeft op (vergoeding van) duurdere zorg.

Voor generalistische GGZ kan de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst de eis van verwijzing stellen.[11] Voor specialistische GGZ is wettelijk voorgeschreven dat deze zorg

[4] Artikel 2.4 lid 1 Besluit zorgverzekering.
[5] Artikel 2.10 lid 1 Besluit zorgverzekering.
[6] Artikel 2.1 lid 1 Besluit zorgverzekering.
[7] Na inwerkingtreding van wetsvoorstel 33 243 zal het CVZ zijn geheten: Zorginstituut Nederland.
[8] Zie ook CVZ, Geneeskundige GGZ (deel 1). Wat is nu verzekerde zorg en wat niet? Rapport, op 6 april 2012 uitgebracht aan de minister van VWS.
[9] Artikel 2.1 lid 3 Besluit zorgverzekering.
[10] Volgens de rechtspraak van de Geschillencommissie Zorgverzekeringen kan de doelmatigheid van zorg door de zorgverzekeraar (ook) worden beoordeeld in het kader van artikel 14 Zvw.
[11] In Regeling Generalistische Basis GGZ (Regeling NR/CU-539) wordt ervan uitgegaan dat de patiënt naar de zorgaanbieder wordt verwezen. Volgens de nadere regel moet immers het type verwijzer en de AGB-code van de verwijzer worden vermeld, zie onder 7.1.

slechts toegankelijk is na verwijzing door een andere zorgaanbieder onder wie in elk geval de huisarts. Deze eis houdt verband met de algemene omschreven wens dat daar waar behandeling door de huisarts mogelijk is, de huisarts die zorg ook verleent en de patiënt niet zonder noodzaak doorverwijst naar de G-GGZ.

2.3 Tariefstelling

Op basis van de Wmg kan de NZa tarieven vaststellen voor bepaalde prestaties.[12] Het is zorgaanbieders verboden een tarief in rekening te brengen voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld. Het is zorgaanbieders voorts verboden een tarief in rekening te brengen dat niet overeenkomt met de tariefbeschikking die voor de betrokken prestatie is vastgesteld.[13] Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een dergelijk tarief te betalen of te vergoeden.[14]

De Wmg bevat geen materiële normen voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De materiële normering is vervat in door de NZa vastgestelde beleidsregels.[15] Deze beleidsregels bevatten bijvoorbeeld normen, rekenkundige waarden, procedures, feiten en omstandigheden en toepasselijke tariefsoorten die relevant kunnen zijn voor de vaststelling van een tarief of van een prestatiebeschrijving.[16] Daarnaast kan de NZa nadere regels stellen. Deze kunnen onder andere betrekking hebben op het specificeren van rekeningen die op verrichte prestaties betrekking hebben.[17]

De NZa heeft voor generalistische basis GGZ met ingang van 1 januari 2014 maximumtarieven vastgesteld. Voor vier prestaties gelden tarieven: Basis GGZ Kort, Basis GGZ Middel, Basis GGZ Intensief en Basis GGZ Chronisch.[18] Een tarief kan alleen in rekening worden gebracht als er sprake is van een stoornis in de zin van DSM-IV-TR as I/II. Welk tarief toepasselijk is, hangt vervolgens af van de ernst van de zorgvraag, het risico en de complexiteit van het beeld.[19]

[12] Artikel 50, 52 en 53 Wmg.
[13] Artikel 35 lid 1 aanhef en onder a en c Wmg.
[14] Artikel 35 lid 3 Wmg.
[15] Artikel 57 Wmg.
[16] *Kamerstukken II* 2004/05, 30 186, nr. 3, p. 70.
[17] Artikel 38 lid 3 aanhef en onder b Wmg.
[18] Zie Beleidsregel Generalistische Basis GGZ (BR/CU-5091); tariefbeschikking Generalistische Basis GGZ, kenmerk TB/CU-5069-02; Regeling Generalistische Basis GGZ (Regeling NR/CU-539). De tariefbeschikking kent daarnaast nog een maximumtarief voor een transitieprestatie en twee tarieven voor zorg die niet tot het basispakket van de zorgverzekering behoort. Deze drie prestaties en maximumtarieven kunnen hier verder buiten beschouwing blijven.
[19] En bij Basis GGZ Intensief bovendien: de duur van de klachten getoetst aan de criteria uit de richtlijn voor het desbetreffende ziektebeeld.

De NZa heeft ook voor gespecialiseerde GGZ maximumtarieven vastgesteld.[20] Deze vallen in drie delen uiteen: deelprestaties behandeling, deelprestaties verblijf en overige prestaties.
Binnen de deelprestaties behandeling worden 17 productgroepen onderscheiden. Binnen elke productgroep worden meerdere prestaties onderscheiden. Bij elke prestatie behoort een maximumtarief. Het binnen een productgroep toepasselijke maximumtarief hangt af van het tijdsbeslag van de behandeling.
De toepasselijkheid van (een maximumtarief uit) een productgroep is grotendeels afhankelijk van het type diagnose (aandachts- en gedragsstoornissen, pervasieve stoornissen, overige stoornissen in de kindertijd, delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen, en dergelijke). In een minderheid van de productgroepen (diagnostiek, crisis, Behandeling Kort) hangt de toepasselijkheid van een productgroep van andere factoren dan de diagnose. Bij deze productgroepen is vermelding van diagnose-informatie op de factuur niet toegestaan. Dit betekent dat het voor de beantwoording van de vraag of voor de juiste prestatie het juiste tarief in rekening is gebracht niet nodig is kennis te dragen van de toepasselijke primaire diagnose. Dat neemt niet weg dat de primaire diagnose wél nodig is om te kunnen vaststellen of de verleende zorg een prestatie is waarop de verzekerde op grond van zijn zorgverzekering recht had.
De deelprestaties verblijf zijn niet gekoppeld aan de diagnose, maar aan de setting en de verzorgingsgraad. Ten slotte is er een categorie overige prestaties. Deze behoeft geen toelichting.

De productstructuur voor de gespecialiseerde GGZ wordt hierna weergegeven. Deze productstructuur kent een indeling in productgroepen, die overeen komt met de indeling in hoofdgroepen in DSM-IV-TR.

Tabel 1. Productstructuur gespecialiseerde GGZ
Deelprestaties Behandeling
Bijzondere productgroepen
Diagnostiek
Crisis
Productgroepen behandeling kort
Productgroepen Langdurende of intensieve behandeling
Aandachtstekort- en gedragsstoornissen
Pervasieve stoornissen
Overige stoornissen in de kindertijd

[20] Beleidsregel Prestaties en tarieven gespecialiseerde Geestelijke gezondheidszorg (BR/CU-5103); tariefbeschikking DBC's en overige producten gespecialiseerde GGZ, kenmerk TB/CU-5070-2; Regeling gespecialiseerde GGZ (Nadere regel NR/CU-538).

Delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen
Aan alcohol gebonden stoornissen
Aan overige middelen gebonden stoornissen
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen
Depressieve stoornissen
Bipolaire en overige stemmingsstoornissen
Angststoornissen
Restgroep diagnoses
Persoonlijkheidsstoornissen
Somatoforme stoornissen
Eetstoornissen
Deelprestaties verblijf GGZ (24 uurs verblijf)
Overige prestaties

3 Voorschriften over gegevens op de declaratie

3.1 Generalistische basis GGZ

Te rekenen vanaf 1 februari 2014 zijn nieuwe prestaties en bijbehorende maximumtarieven vastgesteld voor generalistische basis GGZ. De volgende gegevens moeten op de factuur worden vermeld:[21]

Tabel 2. Gegevens op de declaratie in generalistische basis GGZ volgens regel NR/CU-539 (1-1-2014)
naam, geboortedatum, geslacht, postcode, burgerservicenummer, UZOVI-nummer
geleverde prestatie
prijs
start- en einddatum van het behandeltraject
AGB-code van de zorgaanbieder die de prestatie levert
AGB-code van de hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
indien van toepassing: AGB-code van de tweede hoofdbehandelaar (op persoonsniveau) en diens beroep
betrokken medebehandelaars en diens beroep
het type verwijzer
AGB-code verwijzer

[21] Naast NAW-gegevens, geslacht, BSN en Uzovi.

directe en indirecte patientgebonden tijd van de hoofdbehandelaar
directe en indirecte patientgebonden tijd van iedere medebehandelaar en diens beroep
totaal bestede directe en indirecte patiëntgebonden tijd
indeling in prestatie op basis van zorgvraagzwaarte na intake en diagnostiek

3.2 Gespecialiseerde GGZ

Sinds de overheveling van de gespecialiseerde GGZ van de AWBZ naar de ZVW in 2008 worden specifieke eisen gesteld ten aanzien van de gegevens die een zorgaanbieder op de declaratie moet vermelden. Hierna worden voor de volledigheid van de beeldvorming de eisen weergegeven zoals die vanaf 1 januari 2013 gelden, alsmede de gewijzigde en aangevulde eisen per 1 januari 2014:

Tabel 3. Gegevens op de declaratie in gespecialiseerde GGZ volgens regels NZa	
NR/CU-524 (1-1-2013)	*NR/CU-538 (1-1-2014)*[22]
DBC-traject startdatum	DBC-traject startdatum
DBC-traject einddatum	DBC-traject einddatum
declaratiecode	declaratiecode
kostenbedrag	gedeclareerd tarief
AGB-code	AGB-code
	AGB-code en beroep hoofdbehandelaar
	directe en indirecte tijd hoofd- en medebehandelaars
	het type verwijzer
	AGB-code van de verwijzer
	dagbesteding
DBC-prestatiecode	DBC-prestatiecode[23]
	zvz-indicator[24]
deelprestaties	deelprestaties
lekenomschrijving	lekenomschrijving

In de situatie voor 2014 stonden al gegevens op de factuur die inzage geven in de gezondheidstoestand van de patiënt, te weten de DBC-prestatiecode[25] en de

[22] § 7: 'Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling wordt de regeling 'Declaratiebepalingen DBC's in de G-GGZ', met kenmerk NR/CU-524, ingetrokken. Deze regeling vervangt de reeds vastgestelde maar nog niet in werking getreden regeling 'gespecialiseerde GGZ', met kenmerk NR/CU-532.'
[23] Idem als in NR/CU-524.
[24] Verbijzondering: de zorgvraagzwaarte voor de diagnosehoofdgroep 'persoonlijkheidsstoornissen' is niet zichtbaar op de factuur.

declaratiecode[26]. Met deze gegevens wordt verwezen naar de productgroepen voor behandeling en deelprestaties waarvoor de NZa maximumtarieven heeft vastgesteld. De omschrijving van een groot aantal van deze productgroepen geeft een indicatie van de diagnose. Dit geldt bijvoorbeeld voor de productgroepen 'aandachtstekort- en gedragsstoornissen', 'aan alcohol gebonden stoornissen' en 'angststoornissen'. Het College van Beroep voor het bedrijfsleven heeft na beoordeling van de toepasselijke regeling geoordeeld dat tegen vermelding van de hiervoor bedoelde diagnosegerelateerde informatie uit een oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer geen bezwaar bestaat, mits is voorzien in een uitzonderingsregeling voor degenen die tegen vermelding van deze informatie bezwaar hebben.[27] De getroffen uitzonderingsregel houdt in dat diagnosegerelateerde informatie niet op de factuur wordt vermeld als:

- cliënt en zorgaanbieder gezamenlijk een verklaring hebben ondertekend volgens een door de NZa vastgesteld model, waarin zij aangeven dat de cliënt er uit oogpunt van bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen heeft dat diagnosegerelateerde informatie op de declaratie wordt vermeld, of
- cliënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de declaratie zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar aan te bieden.[28]

Met ingang van 1 januari 2014 is de informatie die op de declaratie moet worden vermeld uitgebreid. Deels vloeit deze uitbreiding voort uit afspraken die zijn gemaakt in het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2015. Een belangrijke wijziging per 1 januari 2014 is de vermelding van de zorgvraagzwaarteindicator (zvzi) op de declaratie. Onder zorgvraagzwaarte worden verstaan 'de patiëntkenmerken die bij aanmelding/intake voorspellend zijn voor wat betreft de zorgzwaarte in termen van behandelinzet (duur, setting, behandelminuten) en zorgkosten'.
De zvzi wordt als volgt bepaald:

- aard van diagnose → score 1, 2 of 3;
- aanwezigheid GGZ nevendiagnoses → score 0 of 1;
- aanwezigheid psychosociale factoren → score 0 of 1;
- hoogte begin GAF-score → 0, 1 of 2.

[25] De DBC-prestatiecode is een 'code die bestaat uit twaalf karakters, die het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft' (artikel 3 onder l Regeling declaratiebepalingen DBC's in de G-GGZ (Regeling NR/CU-524)). Deze code verwijst tevens naar een productgroep voor behandeling en deelprestaties.
[26] De declaratiecode is een 'code die bestaat uit zes karakters en gekoppeld is aan de productgroepen voor behandeling en deelprestaties' (artikel onder n Regeling declaratiebepalingen DBC's in de G-GGZ (Regeling NR/CU-524)).
[27] Zie CBb 2 augustus 2010, ECLI:NL:CBB:2010:BN3056; CBb 8 maart 2012, ECLI:NL:CBB:2012:BV8297 en CBb 21 maart 2013, ECLI:NL:CBB:2013:BZ6194.
[28] Zie de artikelen 10.1 en 10.6 van de Regeling declaratiebepalingen DBC's in de G-GGZ (Regeling NR/CU-524).

De zvzi is de som van de aldus bepaalde scores en kan variëren van 1 tot 7. De totaalscore geeft een indicatie van de complexiteit en de ernst van het geval. Uit de zvzi kan de primaire diagnose of de nevendiagnose op zichzelf niet worden afgeleid.

De scores kunnen, indien zij worden gecombineerd met andere gegevens zoals de productgroep die op de patiënt van toepassing is of de hoogte van de declaratie, inzicht geven in de doelmatigheid van de zorg. Scores kunnen per zorgaanbieder en tussen zorgaanbieders onderling worden vergeleken. Inzicht over doelmatigheid kan worden verkregen door analyse op geaggregeerd niveau van de scores (die inzicht geven in de zwaarte van het geval) en de kosten van behandeling. Dit inzicht wordt aanmerkelijk vergroot indien de scores in samenhang met de primaire diagnose kunnen worden geanalyseerd.
Zoals aangegeven in de toelichting bij de invoering van de zvzi is het onvermijdelijke gevolg van het niet vermelden van de zorgvraagzwaarte-informatie op of bij de declaratie, dat een zorgverzekeraar ten behoeve van het bereiken van de door de NZa gewenste mate van zekerheid over doelmatigheid van declaraties in de G-GGZ moet overgaan op het structureel uitvoeren van detailcontroles bij alle declaraties. Dit houdt een grote mate van inbreuk op de privacy van verzekerden in, omdat hiervoor de persoonlijke dossiers van patiënten ter beschikking worden gesteld voor detailcontrole. Nu met de zvzi alternatieve informatie voorhanden is die hetzelfde bewerkstelligt, is een structurele detailcontrole al snel disproportioneel, aldus de toelichting. Algehele structurele detailcontrole leidt bovendien tot onevenredig grote administratieve belasting voor zowel de hulpverlener als de zorgverzekeraar.[29]

De minister van VWS heeft over het concept voor de wijziging van de Regeling zorgverzekering advies gevraagd aan het Cbp. Het Cbp heeft onder andere geadviseerd verplichtstelling van de verstrekking van zorgvraagzwaarte-informatie aan zorgverzekeraars te beperken tot situaties waarin redelijkerwijs aannemelijk is dat daaraan voorspellende waarde toekomt. Naar aanleiding hiervan is besloten informatieverstrekking niet verplicht te stellen bij declaraties met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen.[30]

3.3 Beoogd per 1 januari 2015: de primaire diagnose op de factuur

Veldpartijen, de minister van VWS en de NZa beogen met ingang van 1 januari 2015 vermelding van de primaire diagnose op de declaratie verplicht te stellen. Daarbij gaat het om de diagnose volgens het classificatiesysteem DSM-IV-TR as I/II.

[29] Nota van toelichting bij de Regeling van de minister van VWS van 30 oktober 2013 (Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ), *Stcrt*. 2013, 30961.
[30] Cbp-advies van 4 september 2013, z2013-00498.

DSM is een classificatiesysteem van psychische stoornissen dat vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw steeds verder is ontwikkeld en opgesteld onder verantwoording van de American Psychiatric Association (APA). Het wordt wereldwijd gebruikt bij zorgverlening en wetenschappelijk onderzoek. De diagnostische criteria van de psychische stoornissen zijn richtlijnen voor het stellen van een uiteindelijke diagnose en hebben gezorgd voor een 'eenheid van taal' tussen clinici en onderzoekers in de wereld.

De DSM-IV sluit grotendeels aan bij de tiende editie van de International Classification of Diseases (ICD-10 van de WHO (1992). In 2000 vond de zesde en laatste revisie plaats en deze is bekend als DSM-IV-TR.[31]

Diagnostische classificatie volgens DSM-IV-TR vindt plaats aan de hand van vijf assen:
1. klinisch stoornissen (de 'psychische ziekte');
2. persoonlijkheidsstoornissen;
3. (bijkomende) somatische ziekten die (potentieel) relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van de as I en/of as II stoornis;
4. psychosociale en omgevingsfactoren die de diagnose, behandeling en prognose van de as I en/of as II stoornis kunnen beïnvloeden;
5. impact van de as I en/of as II stoornis op het niveau van functioneren (op een schaal van 1 tot 100) in de vorm van GAF-score (Global Assessment of Functioning).

De beoogde verplichting tot diagnostische informatieverstrekking beperkt zich tot de vermelding van de stoornis op DSM-IV as I/II als primaire diagnose.

Met deze verplichting wordt beoogd zorgverzekeraars beter in staat te stellen tot een effectieve formele en materiële controle en daarmee bij te dragen aan gepast gebruik van G-GGZ. Deze verplichting zal in gelijke mate gelden voor de generalistische basis GGZ en de gespecialiseerde GGZ. De in de huidige regeling verankerde uitzonderingsregelingen voor cliënten die bezwaar hebben tegen verstrekking van diagnose-informatie zullen gehandhaafd blijven. Hierna zullen de diverse aspecten van de beoogde regeling nader worden besproken.

[31] Vanaf 1999 is in samenwerking met de WHO een onderzoeksagenda opgesteld om te komen tot een meer wetenschappelijk onderbouwde en in de praktijk getoetste DSM-5 classificatie. Van 2007 tot 2012 hebben verschillende werkgroepen literatuur-reviews en vervolgens field trials uitgevoerd en op 17 mei 2013 is de definitieve DSM-5 versie geïntroduceerd. De ICD-11 zal naar verwachting in 2015 verschijnen en wat betreft de psychische stoornissen aansluiten op de DSM-5.

4 Privacyrechtelijk kader

De verplichting om de primaire diagnose op de declaratie te vermelden zal worden geëffectueerd door twee met elkaar samenhangende wettelijke regelingen. In de eerste plaats zal in een nadere regel op grond van artikel 38 lid 3 onder b Wmg worden bepaald dat en in welke gevallen de aanbieder van G-GGZ verplicht is de primaire diagnose op de declaratie te vermelden. In de tweede plaats zal de zorgverzekeraar op grond van artikel 7.2 lid 1 aanhef en onder f van de Rvz ten behoeve van controle kunnen beschikken over de primaire diagnose. Het privacyrechtelijk kader hiervan is als volgt.

Bij gegevens over de primaire diagnose volgens DSM-IV-TR as I/II gaat het om persoonsgegevens betreffende de gezondheid zoals bedoeld in artikel 16 Wbp.[32] Verwerking van deze persoonsgegevens is verboden behoudens in de Wbp behoren uitzonderingen. De twee relevante uitzonderingen zijn:

- de verwerking is noodzakelijk voor de uitvoering van de overeenkomst van verzekering en gebeurt door de zorgverzekeraar;[33]
- de verwerking is noodzakelijk met het oog op een zwaarwegend algemeen belang, terwijl passende waarborgen worden geboden aan de patiënt en dit bij wet wordt bepaald.[34]

Op informatie betreffende de primaire diagnose van een patiënt is het medisch beroepsgeheim[35] van de individuele hulpverlener van toepassing respectievelijk de geheimhoudingsplicht[36] van de zorgaanbieder. Dit beroepsgeheim en deze geheimhoudingsplicht kunnen worden doorbroken voor zover een wettelijk voorschrift de verplichting bevat gegevens te verstrekken.

In artikel 87 Zorgverzekeringswet (Zvw) is voorzien in doorbreking van de geheimhoudingsplicht in verband met de verplichting tot verstrekking van persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar. Het gaat hier om gegevens voor zover die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zvw. In de Regeling zorgverzekering is geregeld over welke persoonsgegevens de zorgverzekeraar kan beschikken. Dat zijn:

- het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- de gegevens die op grond van een declaratieregeling[37] moeten worden verstrekt;

[32] De Wbp vormt een uitwerking van de Richtlijn 95/46/EG van het Europees parlement en de Raad van 24 oktober 1995. Op deze richtlijn wordt hier niet afzonderlijk ingegaan.
[33] Artikel 21 lid 1 onder b Wbp.
[34] Artikel 23 lid 1 onder f Wbp.
[35] Artikel 88 Wet BIG in verbinding met artikel 7:457 BW.
[36] Artikel 7:457 BW.
[37] Onder 'declaratieregeling' wordt verstaan een regeling van de NZa over de specificatie van rekeningen voor zorg (artikel 1 lid 1 onder s Regeling zorgverzekering in verbinding met artikel 38 lid 3 onder b van de Wmg).

- de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde;
- overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle dan wel fraudeonderzoek.

Verwerking van deze gegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, is mogelijk wanneer deze verwerking noodzakelijk is voor, onder andere, betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde en het uitvoeren van formele[38] en materiële[39] controle.
Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer wordt tevens gewaarborgd door artikel 8 van het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) en artikel 8 van het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie.

Op grond van de hiervoor genoemde verdragsrechtelijke en nationaalrechtelijke bepalingen moet verplichte vermelding van de primaire diagnose op de declaratie voldoen aan drie eisen:

- noodzakelijkheid: de verplichte vermelding moet noodzakelijk zijn met het oog op een legitiem doel;
- proportionaliteit: de inbreuk op de belangen van de patiënt mag niet onevenredig zijn in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel;
- subsidiariteit: het doel kan in redelijkheid niet op een andere, voor de patiënt minder nadelige, wijze kan worden verwezenlijkt.[40]

5 Overwegingen ten aanzien van de persoonlijke levenssfeer

5.1 Noodzaak in verband met verzekeringsdekking

De beoogde verwerking van de primaire diagnose in de G-GGZ staat in het teken van de bevordering van gepast gebruik. Gepast gebruik valt uiteen in drie elementen: (1) is de verleende zorg een verzekerde prestatie op grond van de zorgverzekering, (2) heeft de patiënt voor die zorg een indicatie en (3) is de zorg doelmatig? Om per geval een zorgvuldig en nauwkeurig antwoord op deze vragen te geven is het noodzakelijk kennis te dragen van de primaire diagnose. Dit wordt hierna aangetoond aan de hand van de duiding die het CVZ heeft uitgevoerd ten aanzien van GGZ-interventies in zijn rapport 'Advies geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, deel 2'.

[38] Onder 'formele controle' wordt verstaan een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de zorg is verleend aan een persoon die bij de zorgverzekeraar verzekerd is, of de zorg behoort tot het verzekerde pakket, of de zorgaanbieder bevoegd is de zorg te verlenen en of voor de gedeclareerde prestatie het juiste bedrag in rekening is gebracht.
[39] Onder 'materiële controle' wordt verstaan een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de gedeclareerde prestatie echt geleverd ('rechtmatigheid') is en of die prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest was aangewezen ('doelmatigheid').
[40] HR 9 september 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ8097.

In onderstaande tabel komen de DSM-IV hoofdgroepen terug die bepalend zijn voor de productstructuur in de tariefbeschikking voor de gespecialiseerde GGZ. In de tabel wordt per hoofdgroep en daarbinnen per type diagnose aangegeven of de daarmee samenhangende behandeling verzekerde zorg is en zo ja, onder welk bekostigingskader de desbetreffende zorg valt (huisartsenzorg, G-GGZ, AWBZ of anderszins). Bij deze duiding wordt geen onderscheid gemaakt tussen de generalistische basis-GGZ en de specialistische GGZ (samen: G-GGZ). Voor de volledigheid is een overzicht van de in DSM-IV-TR onderscheiden hoofdgroepen en daaronder vallende primaire diagnoses bijgevoegd (**bijlage**).

Tabel 4. Wel en niet verzekerde zorg volgens duiding CVZ

	DSM-IV hoofdgroep	Type stoornis	Verzekerd	Bekostigingskader
1	Stoornissen in de zuigelingentijd tot adolescentie	a. Pervasieve ontwikkelingsstoornissen b. aandachtstekort- en gedragsstoornissen c. tic stoornissen d. overig stoornissen zuigeling/kind/adolescent	ja ja ja ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ); AWBZ (begeleiding in stationaire fase)
		a. stoornissen in de motorische vaardigheden b.communicatiestoornissen c. voedings- en eetstoornissen d. stoornissen in de zindelijkheid	ja ja ja ja	ZVW (huisartsenzorg/paramedische zorg/medisch specialistische zorg); WMO; Jeugdzorg (opvoedingsondersteuning)
		a. leerstoornissen b. ernstige enkelvoudige dyslexie	nee ja	Onderwijs ZVW (G-GGZ)
2	Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen	a. dementie	ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ/medisch specialistische zorg); AWBZ (behandeling, verpleging en verzorging); WMO (huishoudelijke zorg)
		b. delirium	ja	ZVW (huisartsenzorg/medisch specialistische zorg/G-

		c. amnestische stoornissen en andere cognitieve stoornissen	ja	GGZ: uitsluitend PAAZ/PUK) ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ/medisch specialistische zorg); AWBZ (behandeling, verpleging en verzorging); WMO (huishoudelijke zorg)
3	Psychische stoornissen door een somatische aandoening	diverse stoornissen (bv. effecten werking schildklierfunctie)	ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ/medisch specialistische zorg);
4	Aan een middel gebonden stoornissen	a. psychotische-, stemmings-, angststoornis door een middel b. afhankelijkheid van middelen c. intoxicaties d. overige stoornissen (bv. misbruik van een middel)	ja ja ja ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ) ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ) ZVW (huisartsenzorg/medisch specialistische zorg/G-GGZ) ZVW (huisartsenzorg)
5	Schizofrenie en andere psychotische stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
6	Stemmingsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
7	Angststoornissen	a. angststoornissen b. specifieke fobieën	ja ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ) ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)

		c. acute stress-stoornis	ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
8	Somatoforme stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
9	Nagebootste stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
10	Dissociatieve stoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
11	Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen	a. exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme, voyeurisme, parafilie, hyperseksualiteit (classificatie seksuele stoornis nao[41])	ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
		b. overige seksuele stoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/medisch specialistische zorg, G-GGZ alleen bij seksueel misbruik)
		c.genderidentiteitsstoornissen	ja	ZVW (huisartsenzorg/medisch specialistische zorg, G-GGZ)
12	Eetstoornissen	anorexia nervosa en boulimia nervosa (n.b. obesitas is geen psychische stoornis)	ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
13	Slaapstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/medisch specialistische zorg)
14	Stoornissen in de impulsbeheersing,		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)

[41] Niet anderszins omschreven.

	niet elders geclassificeerd			
15	Aanpassingsstoornissen		nee	Behandeling wettelijk uitgesloten
16	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn		nee	deze problemen kunnen bij een DSM classificatie gecodeerd worden, maar niet als hoofddiagnose
17	Persoonlijkheidsstoornissen		ja	ZVW (huisartsenzorg/G-GGZ)
18	Zwakzinnigheid		ja	AWBZ

Voor een groot aantal aandoeningen hangt het af van de primaire diagnose of de daarvoor aangewezen zorg al dan niet verzekerde G-GGZ is. De indeling in productgroepen heeft in dit opzicht onvoldoende onderscheidend vermogen: binnen één productgroep kunnen vormen van zorg worden gedeclareerd die wel en andere die zich niet als verzekerde G-GGZ kwalificeren. Dit wordt hierna geïllustreerd met enkele voorbeelden.

Voorbeeld 1: aan een middel gebonden stoornissen
Het grootste gedeelte van de zorg bij aan de een middel gebonden stoornissen is onderdeel van de G-GGZ. Dat geldt niet voor de 'overige stoornissen'. De behandeling hiervan is onderdeel van huisartsenzorg.

Voorbeeld 2: eetstoornis NAO
De hoofdgroep in DSM-IV-TR "Eetstoornissen" omvat de diagnose anorexia nervosa, boulimia nervose en eetstoornis NAO[42] (Niet Anders Omschreven). Als de primaire diagnose anorexia of boulimia wordt gesteld, is sprake van verzekerde G-GGZ. Als de diagnose is eetstoornis NAO, is nader onderzoek nodig om vast te stellen of het gaat om zorg voor een aandoening die zich als verzekerde zorg kwalificeert. Zo wordt obesitas niet gezien als psychische stoornis en zou de behandeling daarvan in de G-GGZ geen rechtmatig verleende G-GGZ zijn.[43]

Voorbeeld 3: enkelvoudige fobie

[42] Dit is niet zichtbaar in de tabel van het CVZ, maar wel in het bijgevoegde overzicht van de in DSM-IV-TR onderscheiden hoofdgroepen en daaronder vallende primaire diagnoses.
[43] In het gros van de productgroepen is er een categorie "NAO". In die gevallen is steeds nader onderzoek nodig om vast te stellen of het gaat om een zorg voor een aandoening die zich als verzekerde zorg kwalificeert.

Zorg bij angststoornissen is onderdeel van de G-GGZ. Een uitzondering geldt voor de specifieke (enkelvoudige) fobie, die onderdeel vormt van de hoofdgroep angststoornissen. De behandeling van deze fobieën is onderdeel van huisartsenzorg.[44]

Voorbeeld 4: erectiestoornis bij de man
Zorg bij seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen is eveneens onderdeel van de G-GGZ. Tot deze hoofdgroep behoort onder andere de behandeling het orgasmestoornis bij de man (in de tabel van het CVZ gerekend onder "overige seksuele stoornissen"). De behandeling van deze aandoening behoort niet tot de G-GGZ, maar valt onder de huisartsenzorg of de somatische medisch specialistische zorg. [45]

De primaire diagnose is voorts van groot belang voor de beoordeling van de doelmatigheid van zorg. Zowel door de overheid als door veldpartijen wordt de bevordering van doelmatigheid als een noodzakelijk en urgent thema gezien. Ook in de G-GGZ kan aan de hand van de primaire diagnose en informatie over de inhoud en omvang van de verleende zorg worden beoordeeld of de zorg doelmatig is. Doelmatigheid betreft in het bijzonder de vraag of de met de zorg behaalde gezondheidswinst in een juiste verhouding staan tot de kosten van zorg. Deze en vergelijkbare vragen kunnen beter worden beoordeeld naarmate meer gegevens over de verleende zorg bij een specifieke primaire diagnose beschikbaar zijn en deze gegevens in geanonimiseerde vorm zijn verwerkt in spiegelinformatie of benchmarks. Daarvoor moet dan wel het basismateriaal in de vorm van de primaire diagnose beschikbaar zijn. De declaratie vormt daartoe het aangewezen medium.

5.2 Noodzaak in verband met de in rekening te brengen tarieven

De beoogde vermelding van de primaire diagnose op de declaratie is, voor zover het de gespecialiseerde GGZ betreft, tevens noodzakelijk voor een toereikende controle op de rechtmatigheid van de tarieven. Deze noodzaak wordt met de volgende voorbeelden geïllustreerd.[46]

Voorbeeld 1: vervolg-DBC's
Volgens de regels voor het declareren van DBC's kan een vervolg-DBC slechts worden gedeclareerd in het kader van eenzelfde primaire diagnose. Gegeven de indeling van prestaties en productgroepen kan hierop geen controle worden uitgeoefend, omdat een productgroep verschillende primaire diagnoses kan omvatten.

[44] Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, p. 52.
[45] Advies Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg, deel 2, p. 52.
[46] Zie de Regeling gespecialiseerde GGZ (Nadere regel NR/CU-538).

Voorbeeld 2: parallelle DBC's
Bij meerdere parallelle DBC's bij één cliënt moeten de beide primaire diagnose voor de beide DBC's verschillend zijn. Dit is op productgroepniveau niet (altijd) controleerbaar. Controle hierop vereist dan ook dat de primaire diagnose op de declaratie zichtbaar is; als bij een patiënt meerdere diagnoses zijn gesteld, waarvan één diagnose het meest dringend is, wordt eerst een DBC en een zorgtraject voor de primaire diagnose geopend. Zodra de patiënt is uitbehandeld, wordt het zorgtraject gesloten en een nieuwe initiële DBC geopend met de nevendiagnose als primaire diagnose. De voorwaarde voor opeenvolgende DBC's en bijbehorende zorgtrajecten is dat de de primaire diagnoses van elkaar verschillen. Of zich deze situatie voordoet, is alleen toetsbaar als de primaire diagnose zichtbaar is op de declaratie.

Voorbeeld 3: verandering van locatie
Als een zorgaanbieder over meerdere locaties beschikt en een patiënt alleen van locatie verandert, maar niet van primaire diagnose, dan is er in dat geval géén sprake van een nieuwe patiënt. De hoofdbehandelaar op de andere locatie mag dan geen initiële DBC openen. Alle geboden zorg op de andere locatie voor dezelfde primaire diagnose moet op de reeds geopende DBC worden geregistreerd. Om dit te controleren is het noodzakelijk dat de primaire diagnose op de declaratie wordt vermeld.

5.3 Proportionaliteit

De eis van proportionaliteit houdt in dat de inbreuk op de belangen van de patiënt niet onevenredig mag zijn in verhouding tot het doel waartoe de primaire diagnose wordt benut. Een regeling die vermelding van de primaire diagnose verplicht stelt, voldoet aan deze eis.

In de eerste plaats zal de regeling zodanig vorm worden gegeven dat vermelding van de primaire diagnose alleen in die gevallen verplicht wordt gesteld waarin die vermelding daadwerkelijk bijdraagt tot verwezenlijking van een of meer van de hiervoor omschreven doeleinden. Dit is niet het geval bij de productgroepen diagnostiek en crisis. In deze gevallen wordt niet de eis gesteld dat een primaire diagnose bekend is, zodat deze geen onderscheidende betekenis heeft voor de verzekeringsdekking en het wel of niet kunnen declareren van een tarief.

In de tweede plaats beperkt de verplichtstelling zich tot de gegevens die voor de aangegeven doeleinden noodzakelijk, te weten de primaire diagnose zoals die op as I/II als primaire grondslag voor de G-GGZ wordt vastgesteld. Dit betekent dat niet wordt gevraagd naar mogelijke nevendiagnoses op as I of II of naar specifieke informatie met betrekking tot de assen 3, 4, en 5. Ten slotte behoeven geen gegevens te worden verstrekt over de inhoud van de behandeling.

In de derde plaats zal, naar analogie met de thans geldende regeling, aan elke patiënt de mogelijkheid worden geboden om gezamenlijk met de betrokken zorgaanbieder een verklaring te ondertekenen waarin zij aangeven dat er vanuit een oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt bezwaar tegen bestaat dat de primaire diagnose op de declaratie wordt vermeld. Ook zal een uitzondering van toepassing zijn als de cliënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de declaratie zelf te zullen betalen, althans niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar zal aanbieden. Een en ander brengt mee dat de regels over de verplichtstelling van de primaire diagnose niet dwingender zijn dan noodzakelijk is, doordat deze aan patiënten de ruimte bieden te kiezen voor niet-vermelding van de primaire diagnose op de factuur.

In de vierde plaats is de inbreuk op de persoonlijke levenssfeer verhoudingsgewijs beperkt, gezien de informatie waarover de zorgverzekeraar nu al beschikt. De zorgverzekeraar is, door middel van de declaratie, al bekend met het feit dat betrokkene onder behandeling is bij de G-GGZ. Dat is vanuit privacyoogpunt waarschijnlijk voor de meeste betrokkenen het meest gevoelig. De zorgverzekeraar kent onder meer de productgroep waartoe de primaire diagnose behoort. De productgroep geeft in een groot aantal gevallen een duidelijke indicatie van het type diagnose dat van toepassing is (gespecialiseerde GGZ). Het ontsluiten van de primaire diagnose als (extra) informatie voor verzekeraars vormt in deze context naar verhouding nog maar een zeer beperkte (extra) inbreuk op de privacy, terwijl die ontsluiting voor verzekeraars van groot belang is om gepast gebruik (rechtmatigheid en doelmatigheid) van zorginzet te toetsen. Overigens geldt ook dat aan verzekerden die zijn aangewezen op G-GGZ vaak medicatie wordt voorgeschreven. Als verzekeraars de factuur van deze medicatie krijgen, kunnen zij daaruit afleiden wat de aard van de aandoening is.

In de vijfde plaats leidt vermelding van de primaire diagnose en de daardoor sterk verbeterde controle op rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg ertoe dat het aantal gevallen waarin aanleiding kan bestaan tot detailcontrole tot het absolute minimum wordt teruggebracht. Dit effect deed zich ook reeds gevoelen met de invoering van de zvzi in 2013.[47] Een afname van het aantal gevallen waarin detailcontrole nodig wordt geacht, kan worden verwacht omdat bij systematische controle van declaraties vooraf in een groot aantal gevallen aan de hand van de primaire diagnose, zonder verder onderzoek, kan worden vastgesteld of de verleende

[47] Zie hierover de Nota van toelichting bij de Regeling van de minister van VWS van 30 oktober 2013 (Regeling zorgvraagzwaarte cGGZ), *Stcrt*. 2013, 30961. Het gestelde neemt niet weg dat de primaire diagnose een belangrijke toegevoegde waarde heeft voor de beoordeling van de verzekeringsdekking en het in rekening gebrachte tarief. Bovendien geven in het bijzonder gegevens op geaggregeerd niveau over de zvzi in combinatie met de primaire diagnose een verdiept inzicht in de doelmatigheid van de verleende zorg.

zorg verzekerde zorg is en of daarvoor op juiste wijze een tarief in rekening is gebracht.

In de zesde plaats is een zorgvuldige verwerking van de declaraties door de zorgverzekeraars gewaarborgd. Deze verwerking geschiedt voor het overgrote deel automatisch. Een menselijk oog komt er maar zelden aan te pas.[48] Ook dit gegeven kan bijdragen aan de conclusie dat de inbreuk op de belangen van de patiënt niet onevenredig is in verhouding tot het doel waarmee de primaire diagnose wordt vermeld. In verband hiermee is tevens van belang dat ZN gedetailleerde regels heeft geformuleerd om invulling te geven aan hun verantwoordelijkheid voor een verantwoorde verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Deze regels houden onder meer in: [49]

- regelgeving over de functionele eenheid waartoe medewerkers behoren die persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerken;
- regelgeving over de rol en de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur;
- nadere detaillering van de regels die zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid;
- de geheimhouding en autorisatie van medewerkers;
- de verwerking van papieren declaraties.

5.4 Subsidiariteit

De eis van subsidiariteit houdt in dat het doel in redelijkheid niet op een andere, voor de patiënt minder nadelige, wijze kan worden verwezenlijkt. Bij beantwoording van de vraag of de verzekerde recht heeft op een bepaalde vorm van zorg en de vraag of op juiste wijze voor zorg is gedeclareerd vervult de primaire diagnose een spilfunctie. De primaire diagnose heeft hiervoor een onderscheidende betekenis die geen ander gegeven bezit.

De vraag of dezelfde functie toekomt aan de zvzi moet dan ook ontkennend worden beantwoord. Weliswaar levert de zvzi een waardevolle bijdrage aan in het bijzonder de

[48] Declaraties worden in circa 95% van de gevallen op elektronische wijze ingediend. Ook papieren declaraties worden elektronisch verwerkt. Om dat te kunnen doen moeten de gegevens van papier worden omgezet in een elektronisch format. De declaraties worden daarom bij de zorgverzekeraar ingescand. Dat gebeurt met een speciaal softwareprogramma, dat zoveel mogelijk de gegevens afleest die op de nota staan. Omdat het softwareprogramma niet altijd alle gegevens kan lezen, vindt er daarnaast een handmatige bewerking plaatst. De controle van declaraties gebeurt ook voor een groot deel geheel automatisch. De controles zijn geprogrammeerd in speciale software. Er zijn dan twee mogelijkheden: de declaratie is foutloos, of is dat niet. Als de declaratie foutloos is, wordt de declaratie uitbetaald zonder dat iemand de declaratie ziet. Als de declaratie niet aan alle criteria voldoet, wordt deze ofwel geheel automatisch afgewezen ofwel nader beoordeeld. In de gevallen waarin de declaratie niet klopt maar niet automatisch kan worden afgewezen, komt de declaratie in een elektronisch format onder ogen van een medewerker van de zorgverzekeraar die speciaal is geautoriseerd voor de verwerking van GGZ-declaraties.

[49] ZN, Uniforme Maatregel 01: Functionele eenheid, 25 augustus 2011; ZN, Uniforme Maatregel 06: Privacy afhandeling declaraties, 26 augustus 2011; beide te raadplegen via www.zn.nl.

beoordeling van de doelmatigheid van de zorg, maar deze indicator geeft niet die mogelijkheden voor de beoordeling van rechtmatigheid en doelmatigheid van de zorg en de gedeclareerde tarieven die de primaire diagnose biedt. In combinatie bieden beide maatregelen tezamen een sterk verhoogd inzicht in rechtmatigheid en doelmatigheid van G-GGZ, zoals geïllustreerd wordt in onderstaande tabel.

Tabel 5. Vergelijking effecten op controle op rechtmatigheid en doelmatigheid

	rechtmatigheid	doelmatigheid
zvzi	geen	++
primaire diagnose	++	geen/+
zvzi + primaire diagnose	++	+++

6 Conclusie

Algemeen erkend is dat (ook) in de G-GGZ de zorg die nodig is, op de juiste plek, door de juiste persoon, doelmatig en in goede samenhang moet worden verleend.[50] Dit vergt een zorgvuldige beoordeling van verleende zorg waarvan vergoeding ten laste van de collectieve middelen wordt verlangd. In die context past de verplichtstelling van de vermelding van de primaire diagnose op de declaratie.

Uit het voorgaande blijkt dat verplichtstelling van vermelding van de primaire diagnose noodzakelijk is om met voldoende zekerheid te kunnen vaststellen of zorg wel of niet verzekerd is op grond van de zorgverzekering. Bovendien hangt het in praktisch alle gevallen van de primaire diagnose af of een bepaalde vorm van zorg in het concrete geval aangewezen is. Daarnaast kan mede aan de hand van de primaire diagnose worden beoordeeld of de zorg doelmatig is verleend. Ten slotte kan een verbeterde controle op de juistheid van de in rekening gebrachte tarieven worden uitgevoerd.

[50] Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, onder 1.