Basis: Bl-14-7248
Versie okt 2019

Zorgverzekeraars Nederland

Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars

Pag.

Voorwoord

1. Toepasselijkheid en doel 4

2. Gedragsregels niet gerelateerd aan een specifiek bedrijfsproces 5

a. Privacy Statement
b. Rechten van betrokkene en uitoefenen daarvan
c. Beveiliging van persoonsgegevens
d. Bewaartermijnen persoonsgegevens
e. Functionele eenheid
f. Procedure datalekken
g. Gebruik burgerservicenummer (BSN)
h. Verstrekken informatie aan vertegenwoordigers en verzekeringnemer

3. Gedragsregels per bedrijfsproces, inclusief toelichting 21
a. Zorginkoop
b. Kwaliteitsbevordering van zorg
c. Beoordelen en accepteren
d. Gericht informeren over voor gezondheid relevante informatie
e. Aanvragen machtiging
f. Privacyverklaring GGZ
g. Declaratie afhandeling
h. Materiële controle
i. Fraudeonderzoek
j. Commercie en marketing

Bijlage Protocol materiële controle 29

Voorwoord

Zorgverzekeraars verwerken, meer dan andere verzekeraars, persoonsgegevens over de gezondheid van hun verzekerden. Om zorgvuldige omgang met deze persoonsgegevens te waarborgen hebben de zorgverzekeraars in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars (Gedragscode) gedragsregels geformuleerd. Die gaan over onderwerpen waarvoor een aanvulling op wet- en regelgeving in de praktijk gewenst is. Deze wet- en regelgeving is niet opgenomen in de gedragscode: zorgverzekeraars moeten daar altijd aan voldoen.

In de Gedragscode is zoveel mogelijk geabstraheerd van de vigerende verzekeringswetten, zodat de gedragsregels voor meerdere jaren hun waarde kunnen behouden. Als dit relevant is voor een thema of gedragsregel, is onderscheid gemaakt tussen Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz) en aanvullende verzekeringen (AV). Waar in de Gedragscode wordt gesproken van aanvullende verzekeringen wordt ook bedoeld een (volledige) ziektekostenverzekering voor personen die niet verzekeringsplichtig zijn in de zin van de Zvw.

Zorgverzekeraars Nederland is verantwoordelijk voor het actualiseren van de Gedragscode. Deze Gedragscode is niet ter goedkeuring voorgelegd aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP).
De Gedragscode en de bijbehorende bijlagen vervangen de vorige versie van 23 januari 2017.

Mr. A. Rouvoet,
Voorzitter
Zorgverzekeraars Nederland

1 Toepasselijkheid en doel

Op wie en op welke verwerkingen van persoonsgegevens is de Gedragscode verwerking persoonsgegevens Zorgverzekeraars van toepassing?

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders die lid zijn van Zorgverzekeraars Nederland hebben zich verplicht om de gedragsregels na te leven die in deze Gedragscode zijn opgenomen.[1] Voor zorgverzekeraars die lid zijn van het Verbond van Verzekeraars, en daardoor gebonden zijn aan een andere gedragscode, geldt dat bij discrepantie deze Gedragscode prevaleert voor wat betreft de zorgverzekeringsactiviteiten.

De Gedragscode is van toepassing op alle verwerkingen van persoonsgegevens door de Zorgverzekeraars voor zover het gaat over de uitvoering van de Zorgverzekering en aanvullende verzekering en Wlz-uitvoerders, tenzij dit voor bepaalde activiteiten expliciet is uitgesloten.

Doel
De Gedragscode geeft een toelichting op de toepassing van de Algemene verordening gegevensbescherming en de daarbij horende Uitvoeringswet Algemene verordening gegevensbescherming (hierna gezamenlijk te noemen: ***de AVG***) door de Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders. Dit bevordert een doeltreffende uitvoering van de AVG.
De Gedragscode geeft informatie aan verzekerden, zorgverleners en andere belanghebbenden over de gedragsregels die gelden voor de Zorgverzekeraars.

Waar hierna gesproken wordt over zorgverzekeraar wordt daarmee de zorgverzekeraar en de Wlz-uitvoerder bedoeld, tenzij expliciet wordt gesproken over Wlz-uitvoerder.

[1] De uitvoering van de Wlz hebben de Wlz-uitvoerders op dit moment uitbesteed aan de Zorgkantoren. Voor zover relevant worden die dan ook begrepen onder Wlz-uitvoerders.

2 Gedragsregels niet gerelateerd aan een specifiek bedrijfsproces

In dit hoofdstuk zullen gedragsregels worden besproken die in het algemeen gelden, en dus niet zien op één bepaald proces. De volgende onderwerpen worden behandeld:

a. Privacy Statement
b. Rechten van betrokkene en uitoefenen daarvan
c. Beveiliging van persoonsgegevens
d. Bewaartermijnen persoonsgegevens
e. Functionele eenheid
f. Procedure datalekken
g. Gebruik burgerservicenummer (BSN)
h. Verstrekken informatie aan verzekeringnemer en vertegenwoordigers

a. Privacy Statement

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders, verstrekken door middel van een in ZN-verband afgestemd Privacy Statement, transparante informatie aan de verzekerde (de betrokkene) over de verwerking van diens persoonsgegevens.[2] Onderwerpen die aan bod komen zijn o.a.: bewaartermijnen, de rechten van betrokkene en hoe deze uit te oefenen, de beveiliging van de persoonsgegevens van betrokkene en de contactgegevens van de zorgverzekeraars of de Wlz-uitvoerder.

Iedere zorgverzekeraar en Wlz-uitvoerder toont een gemakkelijk te vinden en te lezen statement op de website. Het Privacy Statement schetst kernachtig hoe zorgverzekeraars omgaan met de persoonsgegevens van betrokkene.

b. Rechten van verzekerden en het uitoefenen daarvan

De zorgverzekeraars verwerken persoonsgegevens van hun verzekerden. De verzekerde heeft een aantal rechten die hij of zij jegens de zorgverzekeraar kan uitoefenen. Hoe hij of zij dat kan doen staat in het Privacy Statement van de betreffende zorgverzekeraar. De verzekerde heeft recht op:

- Inzage
- Rectificatie
- Gegevensoverdracht
- Gegevenswisseling
- Beperking van gebruik
- Bezwaar tegen gebruik
- Intrekken toestemming gebruik

Inzage

De verzekerde heeft recht op inzage in de persoonsgegevens die de zorgverzekeraar van hem of haar heeft en informatie waarvoor de zorgverzekeraar die persoonsgegevens gebruikt.
Het recht op inzage is op een veilige manier geregeld doordat de verzekerde via een zogenaamde 'Mijn omgeving' van de zorgverzekeraar, online zelf kan zien welke persoonsgegevens over hem of haar worden verwerkt (NAW-gegevens, verzekeringsgegevens, informatie over het eigen risico,

[2] De gezamenlijk vastgestelde tekst is te vinden op https://www.zn.nl/35058483 7/Gedragscode: Uniforme Maatregel Privacy Statement. De zorgverzekeraars kunnen de tekst aanpassen aan de eigen werkwijze, huisstijl en schrijfwijze.

premiebetalingen en zorgkosten). Daarnaast kan er sprake zijn van andere gegevens die niet in de 'Mijn omgeving' staan maar die ook onder het inzagerecht vallen, bijvoorbeeld data die met derden zijn gedeeld en opgenomen gesprekken.

Vraagt de verzekerde het niet langs elektronische weg aan dan moet er een kopie verstrekt worden.

Onder het recht van inzage vallen niet interne werknotities van (medewerkers van) de zorgverzekeraar.

Rectificatie
De verzekerde heeft recht op correctie (rectificatie) van onjuiste persoonsgegevens die op hem of haar betrekking hebben. De verzekerde heeft er recht op dat onvolledige persoonsgegevens volledig worden gemaakt, bijvoorbeeld door het verstrekken van een aanvullende verklaring.

Gegevensoverdracht
De verzekerde heeft het recht zijn of haar persoonsgegevens te krijgen van de zorgverzekeraar, in een gestructureerde en gangbare machine leesbare vorm, als die persoonsgegevens door of namens de verzekerde aan de zorgverzekeraar zijn verstrekt en door de zorgverzekeraar via geautomatiseerde processen zijn gebruikt.

Ten behoeve van gegevensoverdracht kan de verzekerde gebruik maken van de overstapservice van de zorgverzekeraar. Hierbij worden gegevens die noodzakelijk zijn om over te stappen naar die andere zorgverzekeraar overgedragen.

Gegevenswissing
De verzekerde kan de zorgverzekeraar vragen zijn persoonsgegevens te wissen als één van de volgende gevallen van toepassing is:
- de zorgverzekeraar heeft de persoonsgegevens van de verzekerde niet meer nodig;
- de gegevens van de verzekerde worden gebruikt op grond van zijn of haar toestemming, maar hij of zij trekt deze toestemming in (een voorbeeld is het gebruik van gegevens van de verzekerde voor social media);
- de verzekerde maakt bezwaar zoals hierna omschreven, tegen het gebruik van zijn of haar persoonsgegevens;
- de zorgverzekeraar mocht de persoonsgegevens van de verzekerde niet gebruiken;
- de zorgverzekeraar was op grond van de wet al verplicht de gegevens van de verzekerde te wissen.

Wanneer het verzoek van de verzekerde betrekking heeft op zijn of haar verzekeringen is het wissen van gegevens niet mogelijk, omdat de zorgverzekeraar deze gegevens nog wel nodig heeft. Daarbij gelden de bewaartermijnen die in onderdeel 2 worden besproken. De zorgverzekeraar zal in dat geval aan de verzekerde uitleggen waarom het wissen van de gegevens niet mogelijk is.

Beperking van gebruik
De verzekerde heeft er recht op dat het gebruik van zijn of haar persoonsgegevens wordt beperkt:

- in de periode die de zorgverzekeraar nodig heeft om vast te stellen of de gegevens van de verzekerde inderdaad gecorrigeerd moeten worden;
- als de zorgverzekeraar de persoonsgegevens van de verzekerde niet had mogen gebruiken, maar de verzekerde wil niet dat die gegevens worden gewist;
- in de periode dat de verzekerde tegen het gebruik van zijn of haar persoonsgegevens bezwaar heeft gemaakt maar van de zorgverzekeraar nog geen antwoord heeft gekregen.

Als het gebruik van de persoonsgegevens van de verzekerde wordt beperkt, heeft de zorgverzekeraar toestemming van de verzekerde nodig om toch nog gebruik van die gegevens te mogen maken. Hierop bestaan een aantal uitzonderingen. De persoonsgegevens van de verzekerde mogen toch zonder toestemming worden gebruikt:

- voor de uitvoering van de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekering van de verzekerde, zodat hij verzekerd kan blijven en zijn nota's kunnen worden betaald door de zorgverzekeraar;
- voor het instellen, uitoefenen of onderbouwen van een rechtsvordering;
- ter bescherming van de rechten van een ander persoon of een rechtspersoon; of
- om redenen van groot algemeen belang voor de Europese Unie of een lidstaat van de Europese Unie, zoals volksgezondheid.

Vanwege het verplichte karakter van de zorgverzekering en het van rechtswege verzekerd zijn voor de Wet langdurige zorg, is het in de praktijk (vaak) niet mogelijk de uitvoering van deze verzekeringen (tijdelijk) te stoppen. De zorgverzekeraar zal in dat geval aan de verzekerde uitleggen waarom het beperken van het gebruik van persoonsgegevens niet mogelijk was.

Bezwaar tegen gebruik
De verzekerde heeft het recht om bezwaar te maken tegen het gebruik van zijn persoonsgegevens met inbegrip van profilering als hij daarvoor bijzondere, persoonlijke redenen heeft, of als zijn gegevens worden gebruikt voor direct marketing.

Toestemming
Als de zorgverzekeraar alleen met toestemming van de verzekerde diens persoonsgegevens heeft gebruikt, dan mag de verzekerde deze toestemming te allen tijde intrekken. De intrekking van toestemming heeft geen terugwerkende kracht. Het intrekken van toestemming heeft dus geen gevolgen voor al uitgevoerde handelingen.

Uitoefenen rechten door de verzekerde
Als de verzekerde een beroep wil doen op één van de hierboven genoemde rechten, kan hij daarvoor een verzoek indienen bij de functionaris gegevensbescherming van de zorgverzekeraar. In het Privacy Statement van de zorgverzekeraar staat duidelijk vermeld hoe de verzekerde met functionaris gegevensbescherming in contact kan treden. De zorgverzekeraar vertelt de verzekerde binnen een maand wat deze met het verzoek heeft gedaan.

In het geval er een ID bij de aanvrager wordt opgevraagd gaat deze termijn lopen ná ontvangst van het ID.

Als het verzoek van de verzekerde erg ingewikkeld is, kan deze termijn met twee maanden worden verlengd. De zorgverzekeraar laat dat dan wel binnen een maand na ontvangst van het verzoek weten aan de verzekerde.
Als verzekerde het niet eens is met de afhandeling van zijn of haar verzoek, kan hij of zij daarover een klacht indienen bij de Autoriteit Persoonsgegevens (of iedere andere Europese toezichthoudende autoriteit). U kunt ook een verzoekschrift indienen bij de rechtbank of de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering.

c. Beveiliging van persoonsgegevens
De zorgverzekeraar past in het hele bedrijf beveiligingsmaatregelen toe om persoonsgegevens te beveiligen. Deze maatregelen betreffen: organisatie, personeel, processen, techniek, en fysieke beveiliging, en zijn vastgelegd in het beveiligingsbeleid van de zorgverzekeraar.
Maatregelen in dit kader zijn bijvoorbeeld de volgende.

- Autorisatiemanagement: de zorgverzekeraar legt vast welke medewerkers/functionarissen betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens voor bepaalde doelen (taken) en over welke (bijzondere) persoonsgegevens zij, gelet op hun taken, mogen beschikken. Hierbij treft de zorgverzekeraar maatregelen om medewerkers te verplichten tot geheimhouding bij het verwerken van persoonsgegevens. De zorgverzekeraar controleert periodiek of de verstrekte autorisaties nog juist zijn.
- Herleidbaarheid: ook controleert de zorgverzekeraar periodiek of medewerkers alleen persoonsgegevens hebben verwerkt die nodig zijn voor het uitvoeren van de eigen ta(a)k(en). Dit kan door middel van logging, of een daarmee vergelijkbare methode.
- Beschikbaarheid: de zorgverzekeraar beschikt over actuele gegevens die het mogelijk maken om bij verstoringen, herstelwerkzaamheden te kunnen uitvoeren. Dit ter continuering van werkzaamheden.
- Integriteit: om te beschikken over juiste, volledige en actuele data is het noodzakelijk dat een zorgverzekeraar testwerkzaamheden uitvoert. Het uitgangspunt is dat dit plaatsvindt met geanonimiseerde of fictieve gegevens. Als een test alleen uitgevoerd kan worden met persoonsgegevens, worden privacy impact beperkende maatregelen getroffen.
- Communicatie: als persoonsgegevens aan anderen worden verstrekt wordt dit, afhankelijk van de gegevensclassificatie, gedaan met maatregelen die een passend beschermingsniveau bieden.
- Geheim adres: als een verzekerde verblijft in een instelling voor opvang van bedreigde personen, ofwel bij die verzekerde sprake is van vergelijkbare bedreigende omstandigheden, treft de zorgverzekeraar op diens verzoek extra maatregelen om te voorkomen dat van die verzekerde herleidbare verblijfsgegevens aan derden bekend worden. De zorgverzekeraar informeert zijn verzekerden over deze mogelijkheid.
- De zorgverzekeraar zal gezondheidsgegevens:
    a. voor zover van toepassing, niet verstrekken aan andere concernonderdelen (niet zijnde Zorgverzekering, aanvullende ziektekostenverzekering of de Wlz-verzekering) of aan

derden, tenzij een wettelijk voorschrift daartoe verplicht dan wel dat mogelijk maakt, of voor statistiek of wetenschappelijk onderzoek dat een algemeen belang dient;

b. die bij de uitvoering van de zorgverzekering of de Wlz-verzekering zijn verkregen, niet gebruiken voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering;

c. die in het kader van de zorgverzekering of aanvullende verzekering verkregen zijn, alleen uitwisselen met de Wlz-uitvoerder (en zorgkantoor) als dat nodig is voor de uitvoering van de zorgverzekering, aanvullende verzekering of Wlz-verzekering, en vice versa.

- Zorgverzekeraars maken gebruik van pseudonimiseren als beveiligingsmaatregel. Hierbij worden technische en organisatorische maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat onbevoegden de koppeling met het bestand met aanvullende gegevens niet kunnen maken; identificerende gegevens worden vervangen door andere gegevens.

d. Bewaartermijnen persoonsgegevens

De zorgverzekeraar bewaart de persoonsgegevens van de verzekerde zolang deze nodig zijn voor het doel waarvoor de zorgverzekeraar de gegevens van de verzekerde in eerste instantie heeft gekregen. Dit betekent dat de meeste gegevens 7 jaar worden bewaard (met ingang van het volgende jaar na het jaar waarop de gegevens betrekking hebben en het betreffende proces is afgerond), met een aantal uitzonderingen.

De uitzonderingen betreffen:

- *Niet gesloten verzekering*
  Het kan voorkomen dat bij de zorgverzekeraar een verzekering is aangevraagd, maar dat deze niet is afgesloten. Omdat de aanvrager zelf besloot de verzekering niet te willen sluiten, of omdat de zorgverzekeraar deze heeft geweigerd. In dat geval bewaart de zorgverzekeraar de gegevens van de aanvrager maximaal één jaar na de aanvraag. Op die manier kan de zorgverzekeraar de gegevens van de aanvrager controleren als deze het volgende jaar weer een aanvraag indient. Ook biedt dit de zorgverzekeraar de mogelijkheid om de aanvrager te benaderen met andere mogelijk interessante producten, tenzij de aanvrager heeft aangegeven dat hij dit niet wenst.

- *Na beëindiging van uw verzekering*
  Nadat een afgesloten verzekering is beëindigd, bewaart de zorgverzekeraar de gegevens van de verzekerde maximaal 7 jaar nadat de verzekering is geëindigd, dan wel maximaal 7 jaar nadat er nota's van de verzekerde zijn ontvangen en afgehandeld. Dit doen wij o.a. vanwege de gestelde eis in de Zorgverzekeringswet. De verzekerdengegevens mogen nog maximaal 2 jaar worden gebruikt voor marketingdoeleinden, tenzij de verzekerde heeft aangegeven dat hij dit niet wenst. De zorgverzekeraar maakt daarbij geen gebruik van de bij hem bekende gegevens over de gezondheid van de verzekerde.

- *Onderzoek met gezondheidsgegevens*
  Heeft de zorgverzekeraar een onderzoek uitgevoerd, waarbij de gezondheidsgegevens van de verzekerde zijn gebruikt? Dan bewaart de zorgverzekeraar deze zolang dat nodig is om het onderzoek uit te voeren en af te ronden, en daarna om zijn rechten veilig te stellen. Bijvoorbeeld om declaraties terug te vorderen als zorg is gedeclareerd die niet verleend is.

- *Fraude*
  Als de zorgverzekeraar gegevens heeft gebruikt in een fraudeonderzoek, dan bewaart de zorgverzekeraar deze gegevens maximaal 8 jaar nadat het onderzoek is gesloten.

- *Opnemen telefoongesprekken voor trainingsdoelen*
  De zorgverzekeraar kan telefoongesprekken met verzekerden opnemen. Dat doen zorgverzekeraars om hun medewerkers te kunnen trainen en zo hun dienstverlening beter te maken. Deze gegevens worden maximaal 6 maanden bewaard.

- *Betalingsgedrag*
  Als een afgesloten verzekering is beëindigd omdat de verzekerde niet of te laat betaalde, worden de gegevens over het betalingsgedrag maximaal 5 jaar bewaard.

e. Functionele eenheid

Medisch adviseur en functionele eenheid:
De zorgverzekeraar mag gegevens over gezondheid verwerken, voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de Zvw, de aanvullende ziektekostenverzekering of de Wlz-verzekering. Gegevens over gezondheid zijn alle persoonsgegevens die verband houden met de lichamelijke of geestelijke gezondheid van een persoon. De meeste van deze gegevens worden verwerkt in het kader van een administratieve handeling, zoals declaraties van zorgverleners. Bij andere gegevens over gezondheid vindt een medische beoordeling plaats. Deze medische beoordeling vindt plaats door een medisch adviseur of, onder diens functionele verantwoordelijkheid, door medewerkers die deel uitmaken van de zogenoemde functionele eenheid.
Hierna worden de volgende aspecten van de medisch adviseur en de functionele eenheid van de zorgverzekeraar nader uitgewerkt:

1. De medisch adviseur
2. Gegevens onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur
3. Medisch dossier en geheimhoudingsplicht
4. Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt niet de verwerking van gegevens over gezondheid waarbij geen medische beoordeling plaatsvindt, dus van uitsluitend administratieve aard
5. De functionele eenheid
6. De inrichting van de functionele eenheid
7. Verantwoordelijkheid bestuur van de zorgverzekeraar aangaande de functionele eenheid
8. Verantwoordelijkheid van de medisch adviseur aangaande de functionele eenheid
9. Communicatie door of namens de medisch adviseur
10. Functiescheiding bij medische beoordeling
11. Gehanteerde begrippen

1. De medisch adviseur

De medisch adviseur is een in het register van Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) ingeschreven arts, tandarts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, physician assistant, psychotherapeut of apotheker, die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied (zoals die blijkt uit de BIG-registratie) en die in dit kader functioneel verantwoordelijk is voor de functionele eenheid c.q. functionele eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van gegevens over gezondheid voor specifieke (gekwalificeerde) doeleinden.

De zorgverzekeraar en de medisch adviseur zetten zich gezamenlijk in, met respect voor elkaars verantwoordelijkheden, om de onafhankelijkheid van de medisch adviseur te waarborgen. Het bestuur van de zorgverzekeraar zorgt ervoor dat de medisch adviseur in het kader van zijn onafhankelijke positie geen instructies ontvangt met betrekking tot de uitvoering van zijn taken (zie verder over de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur onderdeel 8). De medisch adviseur wordt door de zorgverzekeraar niet ontslagen of gestraft voor de juiste uitvoering van zijn taken als medisch adviseur.[3]

Toelichting: De eis dat sprake moet zijn van een BIG-geregistreerde medisch adviseur beschermt de (aspirant-)verzekerde tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen: de BIG-geregistreerde medisch adviseur heeft bij uitstek de kennis om gezondheidsgegevens te beoordelen en zijn bevindingen gericht met de zorgverzekeraar te communiceren, terwijl hij op basis van die expertise de proportionaliteit en subsidiariteit van de gegevensverwerking naar behoren zal kunnen bewaken. Bovendien is hij onafhankelijk, uit hoofde van zijn ambt aan een geheimhoudingsplicht onderworpen en aan het tuchtrecht gebonden.

2. Gegevens onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur

Onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt de verwerking van gegevens over gezondheid die:

a. door of namens de aspirant-verzekerde aan de zorgverzekeraar zijn verstrekt in het kader van een verzoek tot acceptatie voor een (aanvullende) ziektekostenverzekering, waarbij deze acceptatie afhankelijk is van de gezondheidstoestand van de betrokkene (geen zorgverzekeringen in de zin van de Zvw);
b. worden verkregen in verband met een machtigingsaanvraag, kortom een verzoek, gedaan door of namens de verzekerde om toestemming te verkrijgen voor het ontvangen van bepaalde zorg in natura c.q. voor de vergoeding van deze zorg;
c. worden verkregen in het kader van de uitvoering van een detailcontrole;
d. worden opgevraagd bij de verzekerde of bij derden ten behoeve van een medische beoordeling;

[3] Deze zin is opgenomen in het kader van de lopende gesprekken in het kader van het wetsvoorstel VTO-WMG. De verwachting is dat naast deze zin er nog andere aanpassingen zullen volgen in dit kader.

e. worden verkregen in het kader van de behandeling van bezwaren, klachten en geschillen, voor zover voor de afhandeling daarvan een medische beoordeling noodzakelijk is;
f. worden verkregen in het kader van een verzoek om zorgadvies of zorgbemiddeling, voor zover voor de afhandeling daarvan een medische beoordeling noodzakelijk is;
g. worden verkregen in het kader van het verhalen van schade op aansprakelijke derden, voor zover voor de afhandeling daarvan een medische beoordeling noodzakelijk is;
h. worden verkregen in het kader van een fraudeonderzoek, voor zover voor de afhandeling daarvan een medische beoordeling noodzakelijk is;
i. verder nog worden verkregen in het kader van de uitvoering van de Zvw, (aanvullende) ziektekostenverzekering en Wlz., voor zover voor deze uitvoering een medische beoordeling noodzakelijk is.

Toelichting: Onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt alleen de verwerking van gegevens over gezondheid die worden verkregen ten behoeve van een medische beoordeling. Voor de afhandeling van klachten en geschillen, zorgbemiddeling, het verhalen van schade, fraudeonderzoek of de uitvoering van de Wlz is een medische beoordeling niet altijd vereist. Als bijvoorbeeld uit een verzoek om zorgbemiddeling van de verzekerde al duidelijk blijkt naar welke soort zorgverlener de verzekerde bemiddeld wil worden, dan is voor de afhandeling van dit verzoek geen medische beoordeling noodzakelijk en kan het dus buiten de functionele eenheid worden afgehandeld. Er is een uitzondering: ingeval van een detailcontrole die alleen betrekking heeft op de agenda van de zorgverlener, is een medische beoordeling ook niet noodzakelijk, maar moet dit op grond van de wettelijke regelgeving toch altijd plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

3. Medisch dossier en geheimhoudingsplicht

De medisch adviseur richt een medisch dossier in met betrekking tot de medische beoordeling van de (aspirant-)verzekerde. De medisch adviseur en de leden van de functionele eenheid houden in het medisch dossier aantekening van de gegevens over gezondheid van de (aspirant-)verzekerde en de te diens aanzien uitgevoerde of door deze gewenste verrichtingen en nemen andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daar in op, een en ander voor zover dit voor een goede medische beoordeling noodzakelijk is.[4] Het begrip medisch dossier is vormvrij, zodat ook een elektronisch dossier hieronder valt. De zorgverzekeraar draagt er zorg voor dat de inrichting en het beheer van en de toegang tot medische dossiers, alsmede gebruik, inzage en verstrekking van gegevens daaruit met inachtneming van de relevante wet- en regelgeving inzake bescherming van persoonsgegevens en medische dossiers is geregeld.

De medisch adviseur heeft ten aanzien van de gegevens uit het medisch dossier een strikte, wettelijke geheimhoudingsplicht. Dit brengt mee dat hij geen gegevens uit het dossier mag verstrekken aan anderen dan de betreffende verzekerde zelf. Onder "anderen dan de betreffende verzekerde" worden niet verstaan de leden van de functionele eenheid.

[4] Deze dossierplicht staat omschreven in artikel 7:454 lid 1 BW in samenhang met artikel 7:464 lid 1 BW.

De leden van de functionele eenheid hebben een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht die dezelfde omvang heeft als die van de medisch adviseur (en die ook in beginsel ten opzichte van leden van een andere functionele eenheid geldt).[5]

4. *Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt niet de verwerking van gegevens over gezondheid waarbij geen medische beoordeling plaatsvindt, dus van uitsluitend administratieve aard*

Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt niet het verwerken van gegevens over gezondheid in de gevallen waarin de betreffende verwerking uitsluitend een administratief karakter heeft; dus waarbij geen sprake is van een medische beoordeling. Denk hierbij onder meer (maar niet uitsluitend) aan:

a. de afhandeling van declaraties op de afdeling declaratie-afhandeling;
b. het digitaliseren en intern doorzenden van post door medewerkers van de postkamer;
c. het verstrekken van statusinformatie aan de telefoon als een verzekerde vraagt hoe het staat met de afhandeling van zijn machtigingsverzoek voor een bepaalde behandeling, of
d. het systematisch analyseren van declaratiegegevens ten behoeve van materiële controle of fraude-onderzoek.

Ook het opvragen van gegevens over gezondheid bij de verzekerde of de zorgverlener valt, zolang dit niet gebeurt in het kader van een medische beoordeling, niet onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Dit is bijvoorbeeld het geval als de zorgverlener wettelijk verplicht is om bepaalde gegevens (zoals de DBC-traject start- en einddatum en de AGB-code) op de declaratie te vermelden en deze gegevens op de declaratie ontbreken. In dat geval mag de ontbrekende informatie (buiten de functionele eenheid om) worden opgevraagd door medewerkers van de afdeling declaratie-afhandeling.

Toelichting: De afhandeling van declaraties op de afdeling declaratie-afhandeling of het digitaliseren van post zijn (doorgaans) verwerkingen van administratieve aard, waarbij geen medische beoordeling plaats vindt. Dit valt buiten het aandachtsgebied en buiten de 'span of control' van de medisch adviseur. Wanneer bijvoorbeeld declaratiegegevens wel onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur zouden vallen, zouden dit bijzonder veel gegevens zijn, en daarmee zou de "span of control" van de medisch adviseur erg groot worden. De extra bescherming die het beheer door de medisch adviseur biedt, heeft dan geen meerwaarde meer.

5. *De functionele eenheid*

De medisch adviseur kan een aantal taken delegeren aan de leden van de functionele eenheid. De medewerkers van de functionele eenheid onderscheiden zich van andere medewerkers die bij verwerking van gegevens over gezondheid betrokken zijn, doordat zij zich bezighouden met (direct ondersteunende werkzaamheden bij) de beoordeling en interpretatie van deze gegevens en daarbij onder de functionele medische verantwoordelijkheid van de medisch adviseur werken.

5. De wettelijke geheimhoudingsplicht is geregeld in artikel 7:457 BW en artikel 88 Wet BIG.

Toelichting: De medewerkers van de functionele eenheid houden zich primair bezig met beoordeling, opvragen en interpretatie van gegevens over gezondheid ten behoeve van de medisch beoordeling. Maar ook het completeren van een specifiek medisch dossier aan de hand van een checklist (bijvoorbeeld: zijn er foto's bij een aanvraag voor plastische chirurgie toegevoegd?) hoort hierbij. Hoewel bij deze activiteit geen sprake is van medische beoordeling en interpretatie, valt dit wel onder "verwerken van gegevens over gezondheid in het kader van een medische beoordeling en het tot stand komen van het medisch advies". Dit zijn direct ondersteunende werkzaamheden die alleen binnen de functionele eenheid kunnen plaatsvinden, omdat deze werkzaamheden niet kunnen plaatsvinden zonder inzage in het medisch dossier. Aan leden buiten de functionele eenheid mag die inzage niet worden verstrekt.

Een functionele eenheid wordt altijd ingericht met inachtneming van het specifieke doel waarvoor de betreffende gegevens over gezondheid worden verwerkt.
Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur kunnen meerdere functionele eenheden (opgedeeld op grond van specifieke doelstellingen voor de verwerking van gegevens over gezondheid) functioneren.

6. De inrichting van de functionele eenheid

Organisatie functionele eenheden:
De zorgverzekeraar richt de verschillende functionele eenheden in en bepaalt welke medisch adviseur voor welke functionele eenheid/eenheden functioneel verantwoordelijk is. Afhankelijk van de organisatie bij een zorgverzekeraar en zijn omvang kan een medewerker tot één of meer functionele eenheid/eenheden behoren. De verwerking van gegevens over de gezondheid in het kader van een medische beoordeling blijft beperkt tot enkele afdelingen met specifieke taken en medewerkers met bijbehorende bevoegdheden.

In de functionele eenheid worden processen zo ingericht dat de principes van doelbinding, relevantie, subsidiariteit en proportionaliteit in het kader van de medische beoordeling leidend zijn. In de functionele eenheid worden daarom processen zo ingericht dat er niet meer gegevens over de gezondheid worden verwerkt dan nodig is en dat deze niet gebruikt worden voor andere doelen dan waarvoor ze verwerkt zijn.
Een operationeel verantwoordelijke binnen de functionele eenheid is verantwoordelijk voor de dagelijkse aansturing van de medewerkers die werkzaamheden verrichten onder de functionele verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.

Registratie medewerkers functionele eenheid:
De zorgverzekeraar houdt een actuele registratie bij waaruit blijkt welke medewerkers behoren tot een bepaalde functionele eenheid. Indien een medewerker op grond van zijn functie deel uitmaakt van een functionele eenheid, dient dit tevens duidelijk te worden gedocumenteerd, bijvoorbeeld door vermelding in zijn functieomschrijving of in zijn personeelsdossier. Daarbij wordt vermeld dat het noodzakelijk is dat de medewerker onder functionele verantwoordelijkheid van de medisch adviseur gegevens over gezondheid verwerkt en voor welke doelen en dat de medewerker met het

oog op bedoelde taken een aparte verklaring moet tekenen. Zo verklaart hij/zij op de hoogte te zijn van het juist omgaan met bedoelde gegevens over gezondheid en zich te houden aan de afgeleide geheimhoudingsplicht van de medisch adviseur.
Daarnaast kan een individuele medewerker uitsluitend met uitdrukkelijke instemming van de medisch adviseur op ad hoc basis worden toegevoegd aan een functionele eenheid, mits dit noodzakelijk is voor de uitvoering van zijn taken, dit wordt geregistreerd en de medewerker voldoet aan alle verdere vereisten om deel uit te kunnen maken van een functionele eenheid.

7. Verantwoordelijkheid bestuur van de zorgverzekeraar aangaande de functionele eenheid

De zorgverzekeraar is de verwerkingsverantwoordelijke in de zin van de AVG. Het bestuur van de zorgverzekeraar is derhalve eindverantwoordelijk voor de verwerking van persoonsgegevens.
De medisch adviseur is functioneel verantwoordelijk voor de functionele eenheid, maar dient zich bij de uitvoering van zijn werkzaamheden te houden aan de regels en aanwijzingen, die door of namens het bestuur van de zorgverzekeraar worden gegeven met het oog op een doelmatig functioneren van de organisatie, voor zover deze niet strijdig zijn met relevante wet- en regelgeving en beroepscodes. Het bestuur van de zorgverzekeraar dient hierbij de medisch adviseur in staat te stellen om te voldoen aan zijn wettelijke verplichtingen en zijn professionele verantwoordelijkheid.

Dit brengt mee, dat het bestuur:
a. borgt dat de inrichting en structuur van de functionele eenheden en de positie van de medisch adviseur zijn vastgelegd binnen de organisatie;
b. borgt dat alleen medewerkers met voldoende kennis (zowel vakinhoudelijk als ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens) worden opgenomen in de functionele eenheid;
c. borgt dat de inrichting en het beheer van en de toegang tot medische dossiers, alsmede gebruik, inzage en verstrekking van gegevens daaruit met inachtneming van de relevante wet- en regelgeving inzake bescherming van persoonsgegevens en medische dossiers is geregeld.
d. borgt dat alleen de medisch adviseur en de betreffende medewerkers van de functionele eenheid toegang hebben tot de gegevens die behoren tot het medisch dossier.
e. borgt dat niet meer medewerkers in een functionele eenheid worden opgenomen dan noodzakelijk is.

Bovenstaande wordt onder meer geborgd door middel van instructies, audits en controles op autorisaties.

Toelichting: De medisch adviseur heeft doorgaans een adviesfunctie en een functionele verantwoordelijkheid zonder hiërarchische bevoegdheid en is daarom in het algemeen niet in de positie om beslissingen te kunnen nemen over technische en organisatorische voorzieningen die nodig zijn voor de juiste uitvoering van deze professionele verantwoordelijkheid. Dit betekent dat het bestuur van de zorgverzekeraar adequate maatregelen moet nemen die het mogelijk maken dat de medisch adviseur zijn professionele verantwoordelijkheid uit kan oefenen ten aanzien van o.a. de inrichting en het beheer van het medisch dossier, zijn geheimhoudingsplicht, toegang tot het medisch dossier (autorisaties) en de invulling van de functionele eenheid.

8. Verantwoordelijkheid van de medisch adviseur aangaande de functionele eenheid

De medisch adviseur:

a. adviseert de zorgverzekeraar met betrekking tot kwesties die een medische beoordeling vereisen, zoals aangegeven in onderdeel 2;
b. adviseert over de inrichting van een functionele eenheid en de competenties waarover een medewerker dient te beschikken voor de verschillende taken die binnen een functionele eenheid plaatsvinden, waaronder het beschikken over de juiste kennis van de verwerking van gegevens over gezondheid;
c. is functioneel verantwoordelijk voor de functionele eenheid. Hij geeft derhalve vakinhoudelijke aanwijzingen (bijvoorbeeld in werkinstructies) op het gebied van beoordelen, interpreteren en opvragen van gegevens over gezondheid aan de medewerkers binnen de functionele eenheid;
d. bepaalt wie toegang mogen hebben tot (bepaalde onderdelen) van het medisch dossier, op basis van de verschillende taken en aard van de werkzaamheden binnen de functionele eenheid;
e. ziet er (samen met de operationeel en hiërarchisch verantwoordelijke managers) op toe dat gewaarborgd is dat de leden van de functionele eenheid uitsluitend over voor hun specifieke werkproces relevante gegevens over gezondheid kunnen beschikken en dat zij zich bewust zijn van de plicht om daarover ook binnen het bedrijf (waaronder in beginsel ook ten opzichte van andere functionele eenheden) geheimhouding te betrachten.

Toelichting: De medisch adviseur behoort aan bovenstaande verantwoordelijkheden op professionele wijze invulling te geven, rekening houdend met het feit dat hij geen hiërarchische bevoegdheden heeft. Het tuchtcollege voor de gezondheidszorg kan naar aanleiding van een klacht toetsen of de medisch adviseur zorgvuldig heeft gehandeld bij de uitoefening van deze professionele verantwoordelijkheid of dat sprake is van enig verwijtbaar handelen of nalaten, dat in strijd is met de zorg die de beroepsbeoefenaar behoort te betrachten. Zo blijkt uit de tuchtrechtspraak dat een medisch adviseur "zo veel als redelijkerwijze van hem gevraagd kan worden", moet waarborgen dat de leden van de functionele eenheid die onder zijn functionele verantwoordelijkheid werkzaam zijn hun afgeleide geheimhoudingsplicht nakomen en dat alleen leden van de functionele eenheid toegang hebben tot het medisch dossier. (Centraal tuchtcollege, zaaknr. C2011/351, r.o. 5.3.) Daarbij toetst de tuchtrechter geldende gedragsnormen, waarbij het voor de hand ligt dat ook gekeken wordt naar de gebruikelijke gang van zaken en de interne organisatie bij de zorgverzekeraars (Regionaal tuchtcollege Groningen, zaaknr. G2018/59, r.o. 5.2.).
Indien een medisch adviseur tot de conclusie komt dat hij niet in staat wordt gesteld om te voldoen aan zijn professionele verantwoordelijkheid en daarbij geen gehoor vindt bij de hiërarchisch verantwoordelijke manager, dient hij de mogelijkheid te hebben dit probleem neer te leggen op een hoger verantwoordelijkheidsniveau, zo nodig tot aan het bestuur.

9. Communicatie door of namens de medisch adviseur

De medisch adviseur moet op transparante wijze met derden communiceren, door middel van het expliciet kenbaar maken van zijn/haar deskundigheidsgebied (bijvoorbeeld fysiotherapeut, tandarts of arts). Onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur kunnen in het kader van een medische beoordeling ook de medewerkers van de functionele eenheid namens de medisch adviseur gegevens over gezondheid opvragen. In dat geval wordt aan de geadresseerde wel vermeld dat het opvragen uit naam van een medisch adviseur gebeurt. Dit betekent dat in de praktijk, wanneer medische informatie wordt opgevraagd door of uit naam van de fysiotherapeut (paramedisch adviseur), dit verzoek bijvoorbeeld wordt ondertekend door of namens de "adviserend fysiotherapeut". Medisch adviseurs die geen arts zijn, zoals de fysiotherapeut, vermijden in praktijk dus het gebruik van de term 'medisch adviseur' vanwege de hieraan (ten onrechte) toegekende betekenis van synoniem voor arts.

10. Functiescheiding bij medische beoordeling

Een zorgverzekeraar zorgt er voor dat medische beoordeling (zoals bedoeld onder 8a) en de besluitvorming (op basis van de medische beoordeling van de medisch adviseur) gescheiden worden uitgevoerd. Aan personen buiten de functionele eenheid verschaft de medisch adviseur dus alleen het gemotiveerde advies, dan wel de uitslag en de gevolgtrekking van de medische beoordeling, voor zover dat noodzakelijk is voor het nemen van een beslissing. Zo brengen de medisch adviseur of de medewerkers van een functionele eenheid in het kader van bijvoorbeeld een acceptatieprocedure of een machtigingsaanvraag een advies uit. Op basis daarvan kan een andere medewerker van de zorgverzekeraar beslissen over het verzoek van de (aspirant-)verzekerde.
In de situatie dat een medewerker meerdere taken uitvoert, kan het voorkomen dat hij als lid van een functionele eenheid een advies geeft en daarnaast het mandaat heeft gekregen om dit advies zelf te verwerken in een brief aan de verzekerde, waarin de beslissing over diens verzoek wordt medegedeeld. De verantwoordelijkheid voor dit besluit en de betreffende brief blijft in dat geval altijd liggen bij een (leidinggevende) medewerker die buiten de functionele eenheid is gepositioneerd en geen toegang heeft tot het medisch dossier.

De medewerker die verantwoordelijk is voor het besluit heeft alleen toegang tot het advies dat de medisch adviseur of de functionele eenheid verstrekt (en dus niet tot de achterliggende gegevens over gezondheid). Indien het advies niet duidelijk is of anderszins vragen oproept, kan de medewerker die verantwoordelijk is voor het besluit wel vragen om een nadere toelichting of motivatie.

11. Begripsbepaling

In deze Gedragscode onder e wordt verstaan onder:

- *functionele eenheid*: de groep van medewerkers die onder de functionele verantwoordelijkheid van de medisch adviseur rechtstreeks betrokken is bij de verwerking van gegevens over gezondheid, voor zover relevant en noodzakelijk voor de medische beoordeling;
- *functionele verantwoordelijkheid*: verantwoordelijk zijn voor onderwerpen die samenhangen met de zorg voor het op peil blijven, ontwikkelen en juist hanteren van specialistische kennis en

vaardigheden, verantwoordelijk zijn voor de vaktechnische aspecten bij uitvoeren van werkzaamheden en uit dien hoofde bevoegd zijn om richtlijnen en dwingende aanwijzingen te geven;

- *hiërarchisch leidinggeven*: zeggenschap hebben over onderwerpen van persoonlijk belang voor het personeelslid. Denk aan bevoegdheden inzake beoordeling, bevordering, opleiding en sancties. Het betekent het verantwoordelijk zijn voor de inzet van mens en middelen en het (doen) ontwikkelen van mensen en middelen, het verzorgen van de voorwaarden voor het bereiken van de doelstellingen van de organisatie;
- *medisch adviseur*: een in het register van Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) ingeschreven arts, tandarts, fysiotherapeut, verloskundige, verpleegkundige, gezondheidszorgpsycholoog, physician assistant, psychotherapeut of apotheker, die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden voor zover dat ligt op zijn deskundigheidsgebied zoals die blijkt uit de BIG-registratie en die in dit kader functioneel verantwoordelijk is voor de functionele eenheid c.q. functionele eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van gegevens over gezondheid voor specifieke (gekwalificeerde) doeleinden;
- *medische beoordeling*: handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand van de (aspirant-)verzekerde en van de ten aanzien van de (aspirant-)verzekerde uitgevoerde of door deze gewenste geneeskundige verrichtingen, ten behoeve van de vaststelling van aanspraken of verplichtingen voortvloeiend uit de zorgverzekering Wlz of uit ziektekostenverzekeringen of de toelating tot een (aanvullende) ziektekostenverzekering (anders dan de verplichte zorgverzekering).[6] De zorgverzekeraar laat zich met betrekking tot kwesties die een medische beoordeling vereisen adviseren door een medisch adviseur;
- *medisch dossier*: de verzameling van gegevens over gezondheid en de behandeling van een verzekerde ten behoeve van een medische beoordeling, die onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallen. Omdat de medisch adviseur bij verschillende processen betrokken kan zijn, kunnen deze gegevens in verschillende systemen bij een zorgverzekeraar opgeslagen zijn. Binnen deze systemen heeft de zorgverzekeraar organisatorische en technische maatregelen getroffen om zorg te dragen dat er geen toegang tot het medisch dossier mogelijk is voor medewerkers die niet in een functionele eenheid zitten.
- *operationeel leidinggeven*: het aansturen en regelen van de (dagelijkse) operationele activiteiten van medewerkers binnen een team, door middel van planningen en werkopdrachten, binnen de door de het bestuur en/of de manager gestelde raamopdracht.

f. Procedure datalekken

Zorgverzekeraars hanteren binnen de eigen organisatie een procedure datalekken. In deze procedure is vastgelegd welke stappen een medewerker dient te nemen bij het vermoeden van, of kennisnemen van een incident dat (mogelijk) aangemerkt kan worden als een datalek.

6. De begripsomschrijving van medische beoordeling is terug te vinden in artikel 7:446 lid 4 BW.

g. Gebruik burgerservicenummer (BSN)
Het BSN mag slechts door zorgverzekeraars worden verwerkt voor zover dit bij of krachtens de wet is bepaald.

Zorgaanbieders moeten net als zorgverzekeraars het BSN van hun patiënten opnemen in hun administratie en zijn verplicht het BSN op te nemen in de gegevensuitwisseling met zorgverzekeraars, zoals bij declaraties. Het BSN wordt niet opgenomen op de zorgpolis, het zorgpasje (uitgezonderd de European Health Insurance Card) of schriftelijke communicatie met de verzekerde en/of verzekeringsnemer.

h. Verstrekken informatie aan vertegenwoordigers en verzekeringnemer
De verzekerde wordt bij het opvragen van informatie regelmatig door een andere persoon vertegenwoordigd:

- wettelijk en/of overeengekomen vertegenwoordigers, zoals een ouder/voogd (kinderen jonger dan 16 jaar), curator, mentor, bewindvoerder of gevolmachtigde;
- zaakwaarnemers, zoals niet-gevolmachtigde kinderen, partners of mantelzorgers, die de belangen van de verzekerde behartigen bij verzekeringstechnische aangelegenheden.

Daarnaast heeft ook de verzekeringnemer een wettelijk recht op bepaalde informatie over verzekerden. In bepaalde gevallen dient de zorgverzekeraar deze informatie aan de verzekeringnemer echter te weigeren, als de zorgverzekeraar weet dat het verstrekken van de gevraagde informatie voor de betreffende verzekerde ernstige schade kan opleveren.

Bij het verstrekken van informatie aan de verzekerde en de verzekeringnemer, neemt de zorgverzekeraar altijd de nodige zorgvuldigheid in acht, waarbij als uitgangspunt de volgende basisregels gelden.

a. Voordat de zorgverzekeraar overgaat tot het verstrekken van informatie controleert de zorgverzekeraar, voor zover nodig, eerst de identiteit van degene die om de betreffende informatie heeft gevraagd.
b. De zorgverzekeraar laat bij de noodzakelijke verstrekking van informatie aan de verzekeringnemer onnodige gegevens betreffende de gezondheid van een andere verzekerde achterwege. De verzekeraar dient bij de noodzakelijke gegevensverstrekking aan de verzekeringnemer te zorgen dat de privacy van de verzekerde personen daarbij niet onevenredig wordt geschaad.
c. De verzekerde kan zich bij het opvragen van zijn persoonsgegevens door een ander laten vertegenwoordigen. Daarbij moeten naarmate de persoonsgegevens gevoeliger van aard zijn hogere eisen worden gesteld aan de wijze waarop wordt vastgesteld dat sprake is van bevoegde vertegenwoordiging. Gegevens worden als gevoeliger geclassificeerd als de kans op nadelige gevolgen, van een mogelijk onrechtmatige verstrekking van deze gegevens aan degene die hierom verzoekt, voor de betrokkene groter wordt geacht.
d. Indien de zorgverzekeraar in beginsel verplicht is om bepaalde persoonsgegevens van de verzekerde aan diens wettelijk vertegenwoordiger of aan de verzekeringnemer te verstrekken, mag de zorgverzekeraar deze verstrekking weigeren als de zorgverzekeraar weet dat het

verstrekken van de betreffende persoonsgegevens voor de verzekerde ernstige schade kan opleveren.

Toelichting: Persoonsgegevens moeten op passende wijze zijn beveiligd, met inachtneming van de aard van de gegevens etc. Naarmate gegevens gevoeliger zijn, moeten derhalve hoger eisen worden gesteld aan het verifiëren van de identiteit en de bevoegdheid van de vragensteller (authenticatie).

3 Gedragsregels per bedrijfsproces

In dit hoofdstuk zullen gedragsregels worden besproken die, in tegenstelling tot de regels besproken in hoofdstuk 2, niet in het algemeen gelden, maar slechts zien op één bepaald proces. De volgende onderwerpen worden behandeld.

a. Zorginkoop
b. Kwaliteitsbevordering van zorg
c. Beoordelen en accepteren
d. Gericht informeren over voor de gezondheid van verzekerde relevante informatie
e. Aanvragen machtiging
f. Privacyverklaring GGZ
g. Declaratie afhandeling
h. Materiële controle
i. Fraudeonderzoek
j. Direct marketing

a. Zorginkoop
Gezondheidsgegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het maken van analyses voor zorginkoop. De medewerkers die de zorg inkopen krijgen alleen geaggregeerde gegevens te zien, die voor de betreffende medewerker niet herleidbaar zijn tot bepaalde verzekerden. Deze geaggregeerde gegevens worden gemaakt op basis van beschikbare (persoons)gegevens dan wel door het vergaren van nieuwe informatie bijvoorbeeld door het uitzetten van enquêtes door daartoe bevoegde medewerkers.

b. Kwaliteitsbevordering van zorg
Zorgverzekeraars gebruiken informatie vanuit kwaliteitsmetingen die door zorgverleners zijn uitgevoerd, waaronder klinische kwaliteitsinformatie, patientreported outcomes (PROM's), en patiëntervaringsmetingen (PREM). Deze informatie is nooit tot een persoon herleidbaar.

c. Beoordelen en accepteren
De zorgverzekeraar gebruikt de persoonsgegevens van de verzekerde om te controleren of hij verzekeringsplichtig is voor de Zorgverzekeringswet en of hij verzekerd is volgens de Wet langdurige zorg. Voor de zorgverzekering is het uitgangspunt dat iedere verzekeringsplichtige geaccepteerd wordt. Dat is bepaald in de Zorgverzekeringswet. De Wet langdurige zorg bepaalt wie krachtens de wet verzekerd zijn; hiervoor is geen aanvraag en acceptatie nodig. De zorgverzekeraar van een verzekerde zorgt voor de inschrijving van die verzekerde bij de Wlz-uitvoerder.

Alleen van toepassing als er bij de zorgverzekeraar sprake is van acceptatiebeleid:
<Voor aanvullende ziektekostenverzekeringen worden in het kader van het acceptatiebeleid gezondheidsgegevens opgevraagd om te beoordelen of de verzekering die wordt aangevraagd, afgesloten kan worden. De gegevens worden beoordeeld onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Deze beoordeling kan ertoe leiden dat de aanvrager een afwijzing ontvangt of een aanbod dat afwijkt van zijn aanvraag.>

Blokkeringsrecht in de acceptatieprocedure
Bij het voornemen om negatief te adviseren in het kader van een acceptatieprocedure of te adviseren tot geclausuleerde acceptatie wordt de aspirant-verzekeringnemer in de gelegenheid gesteld zijn/haar aanvraag in te trekken. Het advies wordt dan niet ter beschikking gesteld aan medewerkers van de zorgverzekeraar, die besluiten over acceptatie. Dit leidt er tevens toe dat de aspirant-verzekeringnemer bij een aanvraag bij een andere zorgverzekeraar desgevraagd niet op een aanvraagformulier hoeft te vermelden dat hij geweigerd is voor een ziektekostenverzekering.

Geautomatiseerde verwerking aanvraag
De gegevens van de verzekerde worden (geautomatiseerd) verwerkt als hij een zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering aanvraagt. Dit gebeurt aan de hand van de gegevens die hij op het (elektronische) aanvraagformulier heeft ingevuld.

De verzekerde of de aanvrager kan altijd contact opnemen met de zorgverzekeraar en een vraag stellen, of klacht indienen.

Aanvraag verzekering
Indien bij een zorgverzekeraar (schriftelijk, digitaal of telefonisch) een verzekering wordt aangevraagd, zal de aanvrager tijdens de aanvraagprocedure worden gewezen op het Privacy Statement van de zorgverzekeraar. Bij een telefonische aanvraag wordt in het gesprek verwezen naar dit Statement. Bij een schriftelijke aanvraag is de verwijzing naar het Statement opgenomen in het aanvraagformulier. Bij een digitale aanvraag is een directe link naar dat Statement onderdeel van proces.

Alleen van toepassing als er bij de zorgverzekeraar sprake is van acceptatiebeleid
<Bij de beoordeling van een aanvraag voor een aanvullende verzekering worden eventuele groepsprofielen van verzekerden op geaggregeerd niveau (niet tot de persoon herleidbaar) verwerkt. Voor het aangaan van een zorgverzekering of Wlz-verzekering geldt dit niet.>

Overstappen naar andere zorgverzekeraar
Voor het overstappen van de ene naar de andere verzekeraar zijn de NAW-gegevens, het BSN en eventueel afgegeven machtigingen nodig. Deze gegevens zullen desgevraagd door de zorgverzekeraars worden uitgewisseld.

d. Gericht informeren over voor de gezondheid van verzekerde relevante informatie
De zorgverzekeraar kan een verzekerde gericht informeren met voor hem relevante informatie inzake zijn gezondheid indien dit noodzakelijk is voor de goede uitvoering van de zorgverzekering, de aanvullende ziektekostenverzekering of de Wlz. Voor de selectie van de verzekerden uit het verzekerdenbestand mogen gezondheidsgegevens worden gebruikt.

Bijvoorbeeld het informeren van verzekerden die een bepaald geneesmiddel gebruiken, dat dit middel niet meer leverbaar is en welk middel dit geneesmiddel zal vervangen.

e. Aanvragen machtiging

Indien een zorgaanbieder namens de verzekerde een aanvraag indient bij de zorgverzekeraar voor een machtiging (toestemming voor het verlenen van zorg ten laste van ziektekostenverzekering), mag de zorgaanbieder uitsluitend gegevens over gezondheid meesturen als hij daarvoor uitdrukkelijke toestemming heeft gekregen van de verzekerde. Hiervoor gelden uit oogpunt van transparantie jegens de verzekerde alsmede uit bewijstechnisch oogpunt de volgende regels:

a. De zorgverzekeraar mag de gegevens over gezondheid, die hij heeft ontvangen voor het beoordelen van de aanvraag, niet verwerken voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst indien hij weet of redelijkerwijs kan vermoeden dat de zorgaanbieder hiervoor geen uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde heeft verkregen.
b. Indien de medisch adviseur vragen heeft over de reeds verstrekte informatie, kan hij deze zorgaanbieder vragen om een toelichting. Voldoende aannemelijk moet zijn dat de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde zich ook uitstrekt tot het verstrekken van deze informatie aan de zorgverzekeraar.

Als een machtiging is aangevraagd door een zorgaanbieder, informeert de zorgverzekeraar die zorgaanbieder en/of de verzekerde over de uitkomst van de aanvraag en stuurt hem de machtiging of afwijzing toe.

Indien de verzekerde zelf een aanvraag indient bij de zorgverzekeraar voor een machtiging (toestemming voor het verlenen van zorg ten laste van de ziektekostenverzekering), heeft de medisch adviseur de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig voor het opvragen van informatie bij een zorgaanbieder.

f. Privacyverklaring GGZ

Voor Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw, niet zijnde generalistische basis GGZ, kunnen verzekerden bezwaar maken tegen het verstrekken van diagnose-informatie op de declaratie aan de zorgverzekeraar. De verzekerde kan dit aangeven bij zijn zorgaanbieder met behulp van de door de Zorgautoriteit vastgestelde "Privacyverklaring". In dat geval mag de zorgaanbieder op de betreffende factuur geen declaratiecode, DBC-prestatiecode of lekenomschrijving vermelden. Ook is de zorgaanbieder dan gerechtigd om een afwijkend tarief, niet hoger dan het geldende maximumtarief te declareren, zodanig dat dit afwijkende tarief niet herleidbaar is naar de diagnose.

Als de Privacyverklaring door de verzekerde en de zorgaanbieder gezamenlijk is ondertekend en uiterlijk op het moment van de indiening van de factuur bij de zorgverzekeraar in het bezit wordt gesteld van de zorgverzekeraar, verwerkt de zorgverzekeraar de declaratie zonder dat de declaratie diagnose-informatie bevat. Hierbij geldt dan het volgende:

a. In het kader van een formele controle zal de zorgverzekeraar geen tot de diagnose herleidbare informatie opvragen.
b. In het kader van een materiële controle is het de zorgverzekeraar onder voorwaarden toegestaan om diagnose-informatie te verwerken. De zorgverzekeraar zal dan conform de Regeling zorgverzekering moeten aantonen dat de controle is gebaseerd op een algemene risicoanalyse en een algemeen controleplan. Ook dient de zorgverzekeraar een specifieke

risicoanalyse en een specifiek controleplan te hebben opgesteld. Naast deze procedurele vereisten, zal de zorgverzekeraar moeten motiveren dat het opvragen van tot de diagnose herleidbare informatie noodzakelijk is om vast te stellen of de zorg geleverd en/of aangewezen was. Het enkele feit dat sprake is van Privacyverklaringen is op zichzelf echter nog geen rechtvaardiging om diagnose-informatie op te vragen.

c. Ingeval dat de zorgaanbieder een afwijkend tarief heeft gedeclareerd, is de zorgverzekeraar gehouden om binnen redelijke grenzen op verzoek van de zorgaanbieder medewerking te verlenen aan de totstandkoming van een voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure.

Toelichting:
Hoewel de AVG met betrekking tot de bescherming van persoonsgegevens over gezondheid geen principieel onderscheid maakt tussen persoonsgegevens over psychische gezondheid en persoonsgegevens over somatische gezondheid, kwam het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBb) in een uitspraak van 8 maart 2012 (CBb 8 maart 2012, JB 2012) tot het oordeel dat in zijn algemeenheid informatie over psychische diagnoses privacygevoeliger is dan die over somatische diagnoses. Op grond daarvan kwam het CBb tevens tot de conclusie dat er voor de GGZ een uitzonderingsbepaling moest komen op de algemeen geldende verplichting voor zorgaanbieders om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden. Het recht op privacy dient volgens het CBb in bepaalde gevallen zwaarder te wegen dan de verplichting tot het uitvoeren van een formele controle van de zorgverzekeraar. De Zorgautoriteit heeft deze uitzonderingsbepaling (de Privacyregeling GGZ) neergelegd in de regeling 'Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ'. Op grond van de door de Zorgautoriteit vastgestelde Privacyregeling GGZ, bestaat sinds maart 2012 dan ook de mogelijkheid om geen diagnose-informatie te verstrekken bij de declaratie van specialistische GGZ behandelingen. De regeling houdt – kort samengevat – in dat op initiatief van de patiënt, patiënten en zorgaanbieders samen kunnen aangeven dat zij geen tot de diagnose herleidbare gegevens op de factuur en in het DBC Informatie Systeem opnemen. Hiertoe moeten zij beiden een Privacyverklaring ondertekenen. Zodra dit gebeurd is mag de zorgaanbieder geen diagnose-informatie meer op de factuur vermelden. Zodra de zorgverzekeraar de ondertekende verklaring heeft ontvangen, mag de zorgverzekeraar geen tot de diagnose herleidbare informatie meer opvragen. Voor patiënten die hun factuur niet ter betaling aan de verzekeraar aanbieden (de zogenoemde zelfbetalers), geldt dat de tot de diagnose herleidbare informatie zonder verklaring mag worden weg gelaten.

Formele controle bij Privacyverklaring GGZ
Wanneer een verzekeraar formele controle uitvoert wil hij onder andere onderzoeken of de gedeclareerde zorg verzekerde zorg is en of het juiste tarief is gedeclareerd. Als de verzekerde in kwestie echter een Privacyverklaring heeft, mag de indicatie niet aan de zorgverzekeraar worden verstrekt of door hem worden opgevraagd.
Het is de zorgverzekeraars in het kader van een formele controle in dat geval wel toegestaan om na te gaan of er een verwijsbrief is, om vast te stellen of de in rekening gebrachte prestatie behoort tot het verzekerde pakket van de betreffende verzekerde. Zonder verwijsbrief is er immers geen toegang tot zorg. Ook moeten zorgverzekeraars kunnen controleren of de verzekerde door een bevoegde behandelaar is doorverwezen. Het opvragen van (informatie uit) de verwijsbrief voor dit doel is een vorm van formele controle.

Als sprake is van een Privacyverklaring mogen, gelet op de uitspraak van het CBb, voor het doel van de formele controle echter uitsluitend de volgende gegevens uit de verwijsbrief worden opgevraagd:
- de naam en het polisnummer van de verzekerde,
- het type behandelaar waarnaar wordt verwezen,
- de naam, functie en AGB-code van de verwijzer,
- de handtekening van de verwijzer, en
- de datum van de verwijzing.

De zorgverzekeraars mogen ook een "beperkte verwijsbrief" opvragen, waarin informatie over de diagnose (de indicatie) is weggelakt en waarin dus niet meer staat vermeld dan de hiervoor genoemde set aan gegevens. Het opvragen van een verwijsbrief *in zijn geheel*, die ook de diagnose van de patiënt bevat, is ingeval van een Privacyverklaring voor een formele controle niet toegestaan.
Dit laat onverlet dat zorgaanbieders ten tijde van de verwijzing wel dienen te beschikken over de complete verwijsbrief, met inhoudelijke en vormvereisten zoals die in de sector worden gehanteerd. Ook het opvragen van een behandelplan is in het kader van de formele controle niet toegestaan. Het kan overigens voorkomen, dat de declaratie zelf niet voldoet aan de overige vereisten zoals genoemd in de regeling 'Declaratiebepalingen DBC's in de curatieve GGZ', omdat bijvoorbeeld de DBC-traject start- en einddatum, de vereiste AGB-codes, en/of de bestede directe en indirecte tijd op de factuur ontbreken. In dat geval mag in het kader van de formele controle de ontbrekende verplichte informatie wel worden opgevraagd.

Materiële controle bij Privacyverklaring GGZ
Op zichzelf hoeft de aanwezigheid van Privacyverklaringen geen belemmering te zijn om materiële controle (inclusief detailcontrole) uit te voeren, op voorwaarde dat de voorschriften van materiële controle in acht worden genomen. In de algemene en specifieke risicoanalyse dienen (ook) andere signalen te worden meegenomen dan alleen het enkele feit dat sprake is van Privacyverklaringen. Een ander signaal kan bijvoorbeeld zijn het feit dat bekend is dat een zorgaanbieder ook niet verzekerde zorg (zoals behandeling van relatie- of beroepsproblemen) aanbiedt en deze vermoedelijk ook declareert. Of bijvoorbeeld het feit dat de zorgaanbieder meer dan gemiddeld het maximumtarief declareert. Het enkele feit dat sprake is van Privacyverklaringen is op zich zelf nog geen rechtvaardiging om tot de diagnose herleidbare informatie op te vragen. Indien echter meer dan een gemiddeld aantal dossiers van een bepaalde zorgaanbieder zijn voorzien van een Privacyverklaring, kan dit gegeven wel in de algemene en specifieke risicoanalyse zoals bedoeld in de Regeling zorgverzekering worden meegenomen.

Om vast te stellen dat de gedeclareerde prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie het meest is aangewezen, kan het de zorgverzekeraar onder de hiervoor beschreven voorwaarden zijn toegestaan om te beschikken over de volledige verwijsbrief met daarop alle aanwezige (medische persoons)gegevens, waaronder de diagnose van de patiënt, al dan niet – voor zover noodzakelijk voor het onderzoek – in combinatie met een behandelplan of andere gegevens. Uiteraard zal de zorgverzekeraar daarbij telkens moeten kunnen aantonen dat het opvragen van deze gegevens noodzakelijk is om vast te stellen of de zorg geleverd en of die zorg aangewezen is.

Afwijkend tarief

Het vermelden van een maximumtarief voor een behandeling zou herleidbaar kunnen zijn naar een diagnose. Zorgverzekeraars dienen daarom de mogelijkheid te bieden tot het hanteren van een afwijkend tarief. Dit kan vrij eenvoudig doordat er wordt gewerkt met dummycodes, een aparte code voor declaraties met een Privacyverklaring, ter vervanging van een behandelcode (DBC). De DBC-code wordt dan op nul gezet, zodat daaruit geen diagnose is te herleiden. Het ontbreken van een behandelcode op de factuur biedt de zorgaanbieder immers de mogelijkheid een tarief in rekening te brengen dat afwijkt van een tarief dat is vastgesteld (of overeengekomen) voor een bepaalde behandeling. De factuur wordt dan uitbetaald zonder dat zichtbaar is welke diagnose is behandeld en zonder dat de hoogte van het bedrag kan worden gekoppeld aan een diagnose.

Privacyverklaring GGZ en machtiging

Indien er sprake is van een verzekerde met een privacyverklaring GGZ dan vragen zorgverzekeraars aan een verzekerde ook ten behoeve van een machtiging géén tot de diagnose herleidbare gegevens (dit conform de Beleidsregels machtigingsvereiste van de Autoriteit Persoonsgegevens).

Toelichting:

De door de Nederlandse Zorgautoriteit vastgestelde Privacyregeling GGZ heeft betrekking op de mogelijkheid om geen diagnose-informatie te verstrekken bij uitsluitend de declaratie van specialistische GGZ behandelingen.

In de *Beleidsregels machtigingsvereiste* van 16 december 2016 heeft de AP echter opgenomen dat zorgverzekeraars aan een verzekerde met een Privacyverklaring ook in het kader van de beoordeling van een machtigingsaanvraag geen tot de diagnose herleidbare informatie mogen opvragen. Als bij de aanvraag voor een machtiging door de verzekerde of de zorgverlener een door beiden ondertekende Privacyverklaring wordt meegestuurd, mag de zorgverzekeraar geen tot de diagnose herleidbare informatie opvragen. Het ontbreken van deze informatie kan geen reden zijn om de aanvraag af te wijzen. Als de zorgverzekeraar door het ontbreken van deze informatie geen mogelijkheid heeft om te beoordelen of sprake is van verzekerde zorg, kan het gevolg wel zijn dat de zorgverzekeraar geen machtiging kan afgeven (dat is iets anders dan een gevraagde machtiging afwijzen). In dat geval kan aan de verzekerde vooraf geen duidelijkheid worden gegeven over de vraag of de zorgkosten worden vergoed.

g. Declaratie afhandeling

Voor medewerkers van de zorgverzekeraars die zich bezig houden met declaratieafhandeling geldt passende geheimhouding en autorisatie.

h. Materiële controle

De zorgverzekeraar voert materiële controle uit overeenkomstig de Regeling Zorgverzekering, de Regeling langdurige zorg, Regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG. De bepalingen uit deze ministeriële regelingen zijn uitgewerkt in het als bijlage bij deze gedragscode horende Protocol materiële controle.

i. Fraudeonderzoek
De zorgverzekeraar voert fraudeonderzoek uit overeenkomstig Protocol Incidentenwaarschuwingssyteem Financiële Instellingen.

j. Direct marketing
Bij direct marketing wil de zorgverzekeraar in direct contact komen met de (potentiële) verzekerden of prospect. Dit om een bepaalde actie bij de klant te bevorderen, bijvoorbeeld om bij de zorgverzekeraar verzekerd te blijven, of naar hem over te stappen, of een andere (aanvullende) verzekering te sluiten. Bijvoorbeeld via het toesturen van geadresseerde post, e-mail, telefonisch contact of mobiel platform.

De zorgverzekeraar gebruikt persoonsgegevens om de verzekerde te informeren en te interesseren voor zijn andere producten en diensten. Gezondheidsgegevens worden niet gebruikt voor commerciële doeleinden, tenzij de verzekerde of prospect hier toestemming voor heeft gegeven.

Profiling
De zorgverzekeraar kan onderscheid maken op basis van bepaalde persoonskenmerken.
Dit heet ook wel profiling. Aan verschillende groepen verzekerden kan verschillende informatie verstrekt worden op basis van hun profiel. Daardoor kan relevante informatie worden aangeboden. Informatie over keuzemogelijkheden van bijvoorbeeld verzekerden die 18 jaar worden, is interessant voor verzekerden die bijna 18 worden, of hun ouders. Maar niet voor verzekerden zonder kinderen, of met kleine kinderen.
Meer informatie over profiling is te vinden in het privacystatement en het cookiestatement van de verzekeraar.

Analyse
De zorgverzekeraar zal persoonsgegevens van verzekerden gebruiken voor analyses ten behoeve van marketingactiviteiten. Hierbij wordt geen gebruik gemaakt van gezondheidsgegevens.

De zorgverzekeraar richt zijn autorisaties zodanig in dat medewerkers ten behoeve van marketingdoeleinden geen toegang hebben tot gegevens over gezondheid, en zorgt ervoor dat dit periodiek wordt gecontroleerd.

Cookies en soortgelijke opslagtechnologieën
Als de website van de zorgverzekeraar wordt bezocht kan de zorgverzekeraar informatie opslaan op een computer in de vorm van een cookie. Dit zijn kleine bestandjes die op een computer of mobile device worden opgeslagen. De zorgverzekeraar kan daarmee informatie verzamelen over bijvoorbeeld het gebruik van hun website door (potentiële) verzekerden. Sommige cookies laten zien vanaf welke computer of mobile device de website van de zorgverzekeraar wordt bezocht. De wet ziet dat als persoonsgegevens. Die informatie kan worden gebruikt om gerichte advertenties te laten zien op andere websites die (potentiële) verzekerden daarna bezoeken. Zorgverzekeraars kunnen ook gebruik maken van soortgelijke opslagtechnologieën, ook in bijvoorbeeld e-mail of de app. Deze hebben hetzelfde doel als cookies en dezelfde regels zijn erop van toepassing. Voorbeeld hiervan zijn webbakens of pixels.

Voor het gebruik van cookies en soortgelijke opslagtechnologieën, vraagt de zorgverzekeraar altijd toestemming als er persoonsgegevens worden opgeslagen. Daarbij informeert de zorgverzekeraar ook wat het accepteren of weigeren van deze toestemming betekent voor de verzekerde. Informatie over cookies en andere opslagtechnologieën en het gebruik van persoonsgegevens hierbij, staat in het cookiebeleid van iedere verzekeraar.

Concern (groep)
Indien het aan de verzekerde via het privacystatement duidelijk is gemaakt dat de zorgverzekeraar deel uitmaakt van een groep, kan de verzekerde worden benaderd door alle entiteiten van de groep ten behoeve van marketingactiviteiten. Alleen NAW-gegevens en geboortedata worden gebruikt.

Zorgverzekeraars Nederland

Protocol
materiële controle
die hoort bij
Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars

Voorwoord

1. Wettelijk kader

2. Doel materiële controle

3. Uitvoering materiële controle

4. Medisch adviseur

Voorwoord

Dit Protocol materiële controle hoort bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, en geeft nadere uitwerking aan het in de gedragscode genoemde onderwerp materiële controle. Het protocol is voor de Zorgverzekeringswet gebaseerd op de Regeling zorgverzekering, waarin de eisen staan die gelden voor de uitvoering van materiële controle, waaronder detailcontrole. Voor de Wet langdurige zorg en de aanvullende ziektekostenverzekering gelden vergelijkbare regelingen.

In de Regeling zorgverzekering (art. 1 lid 1 sub u) wordt materiële controle gedefinieerd als 'een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.'

Voor de uitvoering van materiële controle zijn diverse instrumenten noodzakelijk, waaronder soms detailcontrole. Detailcontrole is het verzamelbegrip voor controlemethodes waarbij de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de eigen verzekerden verwerkt die in het bezit zijn van de zorgaanbieder. In verreweg de meeste gevallen is geen detailcontrole nodig omdat veelal met minder vergaande vormen van controle het controledoel kan worden bereikt.

Als detailcontrole nodig is, kan dit langs twee routes worden uitgevoerd: met toestemming van de verzekerde en zonder toestemming van de verzekerde (via het volgen van de in dit protocol aangegeven stappen).

In regelingen van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Wet langdurige zorg (Wlz) worden regels gesteld over materiële controle (waaronder detailcontrole) door verzekeraars bij de uitvoering van de zorgverzekering en andere ziektekostenverzekeringen, zoals de aanvullende ziektekostenverzekering en de Wlz-verzekering. De reden daarvan is dat bij de uitvoering van materiële controle, en detailcontrole in het bijzonder, door verzekeraars persoonsgegevens kunnen worden verwerkt, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de daaraan gelieerde Uitvoeringswet Algemene verordening (Uitvoeringswet). Tezamen met de genoemde wetten bepalen deze ministeriële regelingen niet alleen onder welke omstandigheden verzekeraars ten behoeve van materiële controle persoonsgegevens mogen verwerken van verzekerden, maar regelen zij ook de uitzondering op het wettelijk geregelde medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieder wanneer dat noodzakelijk is ten behoeve van materiële controle.

Het doel van materiële controle is het verwerven van voldoende zekerheid dat sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. Het uitvoeren van materiële controle is een vereiste voor het inbrengen van declaraties door de zorgverzekeraar in het vereveningssysteem. Daarnaast is het inherent aan het verzekeringsbedrijf. De uitvoering van materiële controle op de ten laste van de zorgverzekering en de Wlz komende zorg vloeit dus voor

een belangrijk deel voort uit bepalingen van de NZa, als autorisator van de ingebrachte declaraties. Daarnaast dragen verzekeraars in het kader van hun zorgplicht een medeverantwoordelijkheid voor het verkrijgen van verantwoorde, kwalitatief goede zorg voor hun verzekerden.

Deze belangen kunnen sporadisch met zich meebrengen dat de verzekeraar ten behoeve van materiële controle persoonsgegevens betreffende de gezondheid moet verwerken. Gelet op het belang van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde stelt de genoemde regelgeving daarbij wel de eis dat het noodzakelijk is de bedoelde persoonsgegevens te verwerken omdat het met materiële controle gediende doel niet kan worden bereikt op een wijze die de privacy van de verzekerde minder belast (proportionaliteit).

Verzekeraars willen transparant zijn wat betreft de wijze van uitvoering van materiële controles en de afwegingen die zij maken met betrekking tot de in te zetten controlemiddelen. Dat draagt niet alleen bij aan verdere professionalisering en vergroting van uniformiteit bij uitvoering van controles, maar kan ook het draagvlak daarvoor vergroten bij zorgaanbieders en verzekerden.
Met het oog hierop maken verzekeraars met dit Protocol inzichtelijk op welke wijze zij controledoelen vaststellen, welke controlemethodes beschikbaar zijn, onder welke omstandigheden die worden ingezet, en hoe de communicatie met zorgaanbieders en verzekerden hierover verloopt.

Verzekeraars geven met dit Protocol door zelfregulering nadere invulling aan de op hen rustende wettelijke eisen bij de uitvoering van materiële controles. Het protocol hoort (onlosmakelijk) bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

1. Wettelijk kader

In dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op het toepasselijke wettelijke kader bij de uitvoering van materiële controle.

Zorgverzekeringswet

- Artikel 87 van de Zvw geeft een regeling voor de verstrekking van persoonsgegevens door een zorgaanbieder aan of ten behoeve van een zorgverzekeraar. Die regeling strekt zich mede uit over persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de AVG en de Uitvoeringswet.
- Artikel 87 van de Zvw biedt ook de wettelijke grondslag voor een ministeriële regeling op basis waarvan onder meer is bepaald welke persoonsgegevens (waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de AVG en Uitvoeringswet) een zorgaanbieder dient te verstrekken en in welke gevallen de gegevens verder mogen worden verwerkt.
- Met toepassing van artikel 87, zesde lid, van de Zvw is in de Regeling zorgverzekering nader uitvoering gegeven aan de zojuist beschreven wettelijke verplichtingen. De regeling verplicht zorgverzekeraars (artikel 7.4, eerste lid) materiële controle (w.o. detailcontrole) en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de regeling gestelde eisen. Daarnaast legt artikel 7.4, tweede en vierde lid, zorgaanbieders de verplichting op medewerking te verlenen aan het conform die regels uitgevoerde onderzoek.
- Artikel 7.8 Regeling zorgverzekering bepaalt dat er *twee routes* zijn voor het uitvoeren van *detailcontrole*:
    1. De zorgverzekeraar voert detailcontrole uit, als is voldaan aan de volgende voorwaarden (Lid 1):
       a. de zorgverzekeraar heeft een specifieke risicoanalyse verricht op de bevindingen uit het uitgevoerde algemene controleplan bedoeld in artikel 7.6, tweede lid;
       b. de zorgverzekeraar heeft naar aanleiding van de specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan en specifiek controledoel opgesteld, waarin de objecten van materiële controle en de methoden van detailcontrole zijn opgenomen;
       c. het overeenkomstig onderdeel b vastgestelde specifieke doel van de materiële controle kan zonder detailcontrole niet worden bereikt;
       d. uit het specifieke controleplan blijkt dat de detailcontrole niet verder gaat dan gelet op het met het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het te onderzoeken geval noodzakelijk is;
       e. de zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder voorafgaand aan de uitvoering van de detailcontrole toereikende – en op verzoek van de zorgaanbieder schriftelijke – informatie verstrekt waarin wordt gemotiveerd hoe is voldaan aan de in dit lid genoemde voorwaarden.
    2. In afwijking van het eerste lid kan de zorgverzekeraar met betrekking tot een individuele verzekerde detailcontrole uitvoeren zonder dat de in dat lid genoemde voorwaarden van toepassing zijn, indien deze verzekerde ten behoeve van de materiële controle schriftelijk toestemming aan de zorgaanbieder heeft gegeven voor verstrekking van persoonsgegevens betreffende diens gezondheid aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens

dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is (Lid 3).

- Bij de uitvoering van de Zvw stelt de NZa over de voor de risicoverevening aan te leveren schadegegevens de eis dat er 95% zekerheid (of betrouwbaarheid) bestaat dat de Zvw-verzekerde zorguitgaven voor juist zijn, met een nauwkeurigheid of tolerantie van 3% (zie hoofdstuk 2).
- Op basis van artikel 88 Zvw zijn regels gesteld die het zorgverzekeraars mogelijk maken enquêtes onder verzekerden te houden om rechtmatigheid en kwaliteit van de zorg vast te stellen.

<u>Wet langdurige zorg</u>

- Artikel 4.2.5 van de Wlz verplicht de zorgverzekeraar zijn werkzaamheden op een doelmatige wijze uit te voeren en de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van de verstrekking van onnodige zorg en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn.
- Artikel 9.1.2 van de Wlz geeft een regeling voor de verstrekking van persoonsgegevens door een zorgaanbieder aan of ten behoeve van een Wlz-uitvoerder, en biedt ook de wettelijke grondslag voor een ministeriële regeling op basis waarvan onder meer is bepaald welke persoonsgegevens (waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de AVG en Uitvoeringswet) een zorgaanbieder dient te verstrekken en in welke gevallen de gegevens verder mogen worden verwerkt. Deze regeling komt inhoudelijk overeen met de regeling op basis van artikel 87, zesde lid, Zvw).
- Met toepassing van artikel 9.1.2. van de Wlz is in de Regeling langdurige zorg nader uitvoering gegeven aan de zojuist beschreven wettelijke verplichtingen.
  De regeling verplicht zorgverzekeraars in artikel 7.3 materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de Regeling zorgverzekering gestelde eisen. Artikel 7.4 van laatstbedoelde regeling legt zorgaanbieders de verplichting op medewerking te verlenen aan het conform die regels uitgevoerde onderzoek.
- Bij de uitvoering van de Wlz stelt de NZa de eis dat er 95% zekerheid (of betrouwbaarheid) bestaat dat de Zvw-verzekerde zorguitgaven juist zijn met een nauwkeurigheid of tolerantie van 5% (zie hoofdstuk 2).
- Op basis van artikel 9.1.2 Wlz zijn regels gesteld die het zorgverzekeraars mogelijk maken enquêtes onder verzekerden te houden om rechtmatigheid en kwaliteit van de zorg vast te stellen.

<u>Wet marktordening gezondheidszorg</u>

- Met toepassing van artikel 68a van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) zijn regels gegeven die voor de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering en andere vrijwillige ziektekostenverzekeringen (anders dan op grond van Zvw en Wlz[7]) overeen komen met de hiervoor bedoelde regels voor de Zvw en de Wlz. De regeling persoonsgegevens vrijwillige ziektekostenverzekeringen WMG verplicht zorgverzekeraars in artikel 5 materiële controle en fraudeonderzoek te verrichten overeenkomstig de in de Regeling zorgverzekering

[7] Denk hierbij bijvoorbeeld aan ziektekostenverzekeringen ten behoeve van tijdelijk in Nederland verblijvende, maar niet (Zvw)verzekeringsplichtige, personen.

gestelde eisen. Artikel 7.4 van laatstbedoelde regeling legt zorgaanbieders de verplichting op medewerking te verlenen aan het conform die regels uitgevoerde onderzoek.

- De verbodsbepaling van de WMG, artikel 35 stelt, ter voorkoming van zorgfraude, strafbaar dat zorgaanbieders onjuiste prestaties of tarieven in rekening brengen en dat verzekeraars dergelijke onjuiste prestatiebeschrijvingen of tarieven aan de zorgaanbieder betalen of aan de verzekerde vergoeden. Verzekeraars moeten zorgen dat zij niet in de positie worden gebracht dat zij dat verbod overtreden. Derhalve zullen zij formele en materiële controles moeten kunnen uitoefenen.
  Het gaat daarbij natuurlijk om dezelfde gegevens als de gegevens waarover ziektekostenverzekeraars beschikken in de regelingen op grond van artikel 87 Zvw, artikel 68a WMG en artikel 9.1.2 van de Wlz.
- Op grond van artikel 36, eerste lid, van de WMG moeten zorgaanbieders en verzekeraars een administratie voeren waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken, alsmede wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt respectievelijk welke verzekerde die prestaties zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden.
  De zorgautoriteit kan op grond van artikel 38, tweede lid, aanvullende declaratievoorschriften maken over het specificeren van de op verrichtte prestaties betrekking hebbende rekeningen.

<u>Burgerlijk Wetboek (BW)</u>

- Titel 7 van Boek 7 van het BW geeft een wettelijke regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Artikel 7:457, eerste lid, bepaalt dat de hulpverlener ervoor zorg draagt, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van het dossier worden verstrekt, dan met *toestemming van de patiënt* of indien *het bij of krachtens de wet bepaalde de hulpverlener daartoe verplicht*.
- De in artikel 7:457 BW vereiste noodzakelijke wettelijke verplichtingen zijn te vinden in artikel 7.4 van de Regeling zorgverzekering. Die wettelijke voorschriften verplichten de hulpverlener tot verstrekking van de in de voorgaande bullet bedoelde persoonsgegevens, mits de zorgverzekeraar het onderzoek uitvoert zoals in deze regelingen is bepaald. Daarnaast is in deze regelingen een onderdeel opgenomen (voor wat betreft de Regeling zorgverzekering artikel 7.2, onderdeel i) dat zorgaanbieders verplicht tot verstrekking van overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle en fraudeonderzoek. In de toelichting bij deze regelingen is onder meer vermeld: "Dat onderdeel introduceert geen nieuwe verplichting en vormt geen wijziging ten opzichte van de huidige situatie, maar is opgenomen om buiten twijfel te stellen dat er een wettelijke grondslag is voor het door de verzekeraar beschikken over gegevens die bijvoorbeeld afkomstig kunnen zijn uit het medisch dossier van de verzekerde, alsmede voor de verplichting van de zorgaanbieder die gegevens beschikbaar te stellen". In de regelingen op grond van de Wlz en de WMG worden die wettelijke verplichtingen van overeenkomstige toepassing verklaard. Bij de uitoefening van zijn wettelijke bevoegdheid moet de zorgverzekeraar – naast het aantonen van de noodzaak – zich houden aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en zorgvuldigheid.

- Uitvoeringswet Artikel 22, van de Uitvoeringswet verbiedt de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op de gezondheid, behoudens indien gehandeld wordt met inachtneming van de artikel 22, tweede lid artikel 24 en artikel 30 Uitvoeringswet.
- Artikel 30 Uitvoeringswet (voor zo ver hier van belang) verklaart het verbod van artikel 22 niet van toepassing indien de verwerking geschiedt door verzekeraars als bedoeld in artikel 1:1 van de Wet op het financieel toezicht voor zo ver dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de overeenkomst van verzekering of de beoordeling van het door de verzekeraar te verzekeren risico en de betrokkene geen bezwaar heeft gemaakt. Verwerking mag ook geschieden door bestuursorganen (zoals de uitvoerder van de Wlz) voor zo ver dat noodzakelijk is voor een goede uitvoering van wettelijke voorschriften.
- Bij de uitvoering van materiële controle zijn twee belangrijke uitgangspunten in het bijzonder van belang: dat verwerking van persoonsgegevens ten behoeve van materiële controle alleen toegestaan is als dat voor het doel noodzakelijk is en niet op een andere manier kan worden bereikt (noodzakelijkheid en subsidiariteit) en dat geen zwaarder, de privacy meer belastend, middel wordt ingezet dan voor het bereiken van het doel ook een lichter middel kan worden ingezet (proportionaliteit).

2. Doel materiële controle

In de toelichting van de Regeling zorgverzekering wordt uiteengezet dat aan de declaratie van zorg een verdergaande betekenis moet worden toegekend dan louter die van betaaltitel van de verzekeraar aan de zorgaanbieder.
De toelichting zegt: "De kern van de declaratie wordt gevormd door de prestatiebeschrijving. Kern van de prestatiebeschrijving is een strikte relatie tussen de prestatie waarvoor de verzekerde is verzekerd, de aan deze door een zorgaanbieder geleverde prestatie, het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief en het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie. *De verzekeraar moet kunnen vaststellen dat deze strikte relatie (verzekerde prestatie – geleverde prestatie – in rekening gebrachte tarief – te betalen/vergoeden bedrag) er is. Zonder formele en materiële controle door de zorgverzekeraar is dat niet mogelijk.'*

Voor de uitvoering van materiële controle zijn diverse instrumenten noodzakelijk, waaronder soms detailcontrole. Detailcontrole is het verzamelbegrip voor controlemethodes waarbij de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de eigen verzekerden verwerkt die in het bezit zijn van de zorgaanbieder. In verreweg de meeste gevallen is geen detailcontrole nodig, omdat veelal minder vergaande vormen van controle soelaas kunnen bieden. In die gevallen is detailcontrole niet alleen onwenselijk, maar gelet op de AVG en Uitvoeringswet ook onrechtmatig. Belangrijke voorwaarden voor detailcontrole zijn dat de beoogde informatie noodzakelijk is voor het controledoel, alleen door detailcontrole kan worden verkregen, en dat de inzet van dit controle-instrument proportioneel is met het controledoel. Daarmee wordt zowel tegemoetgekomen aan het belang van de verzekerde bij bescherming van diens persoonlijke levenssfeer, aan het belang van zorgverzekeraars bij controles, als aan het belang dat zorgaanbieders hebben bij duidelijkheid over de vraag of de wettelijke regeling van het medisch

beroepsgeheim in de weg staat bij het verstrekken van persoonsgegevens betreffende de gezondheid.

Definitie
In de Regeling zorgverzekering (art. 1 lid 1 sub u) wordt materiële controle gedefinieerd als "een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde". Het eerstgenoemde doel van het onderzoek (is de gedeclareerde prestatie geleverd) is derhalve gericht op rechtmatigheid, het tweede doel (was de geleverde prestatie gezien de gezondheidstoestand aangewezen) betreft de doelmatigheid. Het doel van materiële controle is niet om met absolute zekerheid te kunnen vaststellen dat in *alle* gevallen sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid. Controle-inspanningen die zich daarop richten zouden niet alleen uitermate arbeidsintensief, en daarmee kostbaar, inefficiënt en onaantrekkelijk zijn voor de verzekeraar, maar zouden ook de zorgaanbieder en de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde onevenredig kunnen belasten.

Verzekeraars hebben dan ook niet de inzet absolute (100%-) zekerheid te verwerven. Zoals in het voorwoord is opgemerkt, hebben verzekeraars het doel van materiële controle begrensd tot het verwerven van *voldoende zekerheid* dat er ten algemene sprake is van rechtmatigheid en doelmatigheid bij de gedeclareerde zorg met een bepaalde mate van nauwkeurigheid.

De verzekeraar geeft, met inachtneming van het voorgaande, nadere invulling aan de norm van voldoende zekerheid of betrouwbaarheid en een bepaalde mate van nauwkeurigheid, waarbij hij acht slaat op de normen die door toezichthoudende instanties worden gesteld.

Algemeen: de begrippen steekproef, betrouwbaarheid en nauwkeurigheid

Een steekproef, een statistisch begrip, is een selectie uit een totale populatie ten behoeve van een meting van bepaalde eigenschappen van die populatie. Op verschillende manieren kan een steekproef worden verkregen. Als alle elementen uit de populatie dezelfde kans hebben om in de steekproef te worden opgenomen, is sprake van een aselecte steekproef. Van een selecte steekproef is sprake wanneer de elementen niet op toevalsbasis uit een populatie worden genomen. De keuze voor een meting met behulp van een steekproef in plaats van de totale populatie wordt bepaald door de volgende overwegingen:

- bij een populatie van grote omvang is het praktisch ondoenlijk alle elementen te meten
- als de metingen kostbaar zijn kan men slechts een beperkt aantal metingen doen
- bij destructief onderzoek zou de hele populatie verloren gaan
- als snelheid gewenst is, kan niet de hele populatie onderzocht worden
- als er geen al te grote nauwkeurigheid verlangd is, kan met een steekproef worden volstaan
- het is gemakkelijker slechts een deel van de populatie te onderzoeken

De begrippen betrouwbaarheid (soms: zekerheid) en nauwkeurigheid (soms: tolerantie) worden hier nader toegelicht. In dit geval zijn het eisen aan een steekproef, zodanig dat een uitspraak

gedaan kan worden over de gehele populatie declaraties, dus ook over de declaraties die niet in de steekproef zaten. De omvang van de steekproef wordt op statistische grondslagen bepaald en hangt af van de vooraf gedefinieerde vereiste betrouwbaarheid en nauwkeurigheid.

Een controle op juistheid, die uitgevoerd wordt met 95% betrouwbaarheid en een nauwkeurigheid van 5% betreft in feite een steekproef op een populatie van (in dit geval) zorgaanbieders-declaraties.
Er is een mathematisch verband tussen *steekproefomvang*, *betrouwbaarheid* en *nauwkeurigheid* (ook wel tolerantie genoemd).

95% *betrouwbaarheid* wil zeggen dat (minstens) 19 van de 20 onderzochte declaraties in de steekproef voldoen aan de vooraf gestelde eisen inzake rechtmatigheid en doelmatigheid en geven daarmee tevens een beeld van de gehele populatie. Hoe hoger de vereiste betrouwbaarheid, hoe groter de steekproef moet zijn. 95% betrouwbaarheid wil dus niet zeggen dat 5% onbetrouwbaar en derhalve niet juist is.

5% *nauwkeurigheid* wil zeggen dat de uitspraak over de gehele populatie 5% hoger of lager ligt dan de uitkomst, die volgt uit de steekproef. Indien bij een steekproef van bijvoorbeeld 1.104 declaraties 95% van de declaraties juist is, kan dus met 95% betrouwbaarheid gesteld worden dat van de gehele populatie van 20.000 declaraties 93% tot 95% juist is. Ook hier zal een kleinere nauwkeurigheid dus een grotere steekproef betekenen.

Rechtmatigheid

Wat bij de controle van *rechtmatigheid* (of juistheid) onder 'voldoende zekerheid' moet worden verstaan, wordt voor de Wlz en de Zvw bepaald door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De NZa hanteert voor de Wlz de eis van rechtmatigheid met een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid van 5%[8]. Voor de juistheid van de aangeleverde gegevens voor risicoverevening in de Zvw geldt een betrouwbaarheid van ten minste 95% en een nauwkeurigheid (of tolerantie) van 3%[9]. Deze voorschriften verplichten de verzekeraar er derhalve zowel toe dat deze bij de uitvoering van de Wlz en de Zvw rechtmatigheidscontroles verricht, als dat daarbij de genoemde normen worden toegepast. De verzekeraars dienen deze grens niet alleen als minimumgrens, maar tegelijkertijd, omwille van de daarmee gepaard gaande administratieve lasten bij zowel zorgaanbieders als verzekeraars, als maximumgrens te hanteren. Bovendien dienen zij ten behoeve van een uniforme en transparante uitvoering van het verzekeringsbedrijf en de verwerking van persoonsgegevens daarbij de genoemde Zvw-norm ook toe te passen ten aanzien van de controle van de rechtmatigheid van uitgaven bij de aanvullende en particuliere ziektekostenverzekering.

[8] Regeling Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders (Stcrt 2015, nr. 22813) (kenmerk CA-NR-1554) dan wel de hiervoor in de plaats tredende regeling.
[9] Protocol onderzoek Zvw (Stcrt. 2015, nr. 22298) dan wel het hiervoor in de plaats tredend protocol.

Doelmatigheid

Voor wat betreft hetgeen onder controle van *doelmatigheid* onder voldoende zekerheid wordt verstaan is artikel 2.1 van het Besluit zorgverzekering van belang. Daarin geldt dat de inhoud en omvang van onder de Zvw verzekerde zorg "mede worden bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten". De verzekeraar maakt zoveel mogelijk inzichtelijk welke maatstaven bij deze beoordeling gelden, op grond van artikel 7.5, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering. Hiermee is het kader inzichtelijk gemaakt dat de zorgverzekeraar hanteert bij de beoordeling van doelmatigheid. Het verdient opmerking dat doelmatigheid zich in het algemeen minder goed dan rechtmatigheid laat meten of zich laat vangen in een tevoren nauwkeurig bepaalde cijfermatige score. Daarom wordt in de praktijk veelal aangesloten bij geldende behandelrichtlijnen of protocollen waaraan zorgaanbieders gebonden zijn, en worden ten behoeve van de controleerbaarheid vaak afspraken gemaakt tussen de verzekeraar en de zorgaanbieder. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 3 van dit Protocol.

Wat betreft het doelmatigheidscriterium is geen door de NZa gestelde norm van toepassing.
De verzekeraars dienen hieraan op gelijke wijze invulling geven door de norm die voor de controle van rechtmatigheid in de Zvw geldt, ook te hanteren bij de controle van doelmatigheid voor zowel Zvw, Wlz als (aanvullende) ziektekostenverzekering.

Specifieke signalen

Bij het voorgaande is van belang dat de geformuleerde begrenzingen betrekking hebben op onderzoek dat zich richt op het totaal van de gedeclareerde zorg bij een verzekeraar. Het is onder omstandigheden denkbaar dat een verzekeraar aan de declaratiegegevens of concrete signalen van verzekerden of anderszins een of meer indicaties ontleent, dat zich bij een bepaalde zorgsoort of bij bepaalde zorgaanbieders gebreken voordoen wat betreft rechtmatigheid of doelmatigheid van de gedeclareerde zorg, of mogelijk zelfs sprake is van fraude. De zorgverzekeraar zal zich bij het in te stellen onderzoek in dergelijke gevallen richten op het verkrijgen van meer zekerheid, en niet volstaan met toetsing aan de 95%-norm.
Evenals voor de rechtmatigheid en de doelmatigheid, legt de verzekeraar ook daarvoor vooraf zijn controledoel vast. Met deze invulling van het begrip "voldoende zekerheid" geven verzekeraars een kader voor de uitvoering van materiële controle, die tevens recht doet aan het proportionaliteitsbeginsel (zie hoofdstuk1).

3. Uitvoering materiële controle

3.1 Algemeen

De op grond van de Zvw, Wlz en WMG vastgestelde regelingen verplichten de zorgverzekeraar om materiële controle op uniforme wijze uit te voeren volgens de in deze regelingen gestelde regels. Deze regels verplichten de zorgverzekeraars in hoofdzaak tot een aantal stappen, die hier worden toegelicht. Aan deze stappen wordt in het vervolg van dit hoofdstuk meer uitgebreid aandacht besteed. Materiële controle kan een vervolg krijgen in fraudeonderzoek, maar daarnaast kan fraudeonderzoek ook een daarvan losstaande aanleiding hebben. Hierdoor zijn de regels die voor materiële controle zijn vastgesteld niet zonder meer toepasbaar in geval van fraudeonderzoek,

maar kunnen en moeten die regels voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens voor een deel wel overeenkomstig worden toegepast.

Alvorens de aanpak wordt beschreven wordt kort ingegaan op de Wlz en op fraudeonderzoek.

3.2 Wlz-zorg

Met de invoering van zorgzwaartepakketten in de Wlz is in die wet sprake van door intramurale instellingen te leveren en te declareren individuele prestaties. Hierdoor wordt ook de Wlz-zorg gedeclareerd op basis van geleverde prestaties die zijn te herleiden naar de verzekerde.
De intramurale zorg wordt gedeclareerd in zzp's, de extramuraal geleverde zorg wordt gedeclareerd in prestaties of in functies en klassen per verzekerde. De declaratiewijze bij de Wlz is daarmee gelijk aan de declaratiewijze bij de Zvw. De formele en materiële controles bij de Wlz zijn daarmee ook gelijk aan de Zvw. In het verlengde daarvan is het logisch dat de bescherming van persoongegevens bij het uitvoeren van die controles bij de Wlz ook hetzelfde kan zijn als bij de Zvw. Met het oog daarop worden in de Regeling langdurige zorg de bepalingen over formele en materiële controle in de Regeling zorgverzekering van overeenkomstige toepassing verklaard.

3.3 Fraudeonderzoek

De doelstelling van fraudebestrijdingsbeleid in de zorgverzekering staat als zodanig los van de materiële controle. Het fraudebestrijdingsbeleid is gebaseerd op een protocol dat onderdeel vormt van de Gedragscode zorgverzekeraars. Een actieve fraudebestrijding zorgt ervoor dat de kostbare financiële middelen daadwerkelijk aan zorg worden besteed, en niet wegvloeien naar fraudeurs. Het is dan ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar hierop een actief beleid te voeren. Een andere reden voor een actieve fraudebestrijding is financieel-economisch van aard: de zorgverzekeraar heeft een belang bij zuivere prijzen voor het zorgproduct, zodat de premie niet kunstmatig verhoogd is door fraude. Tenslotte is de integriteit van de gehele (zorg)verzekering-branche in het geding, fraude ondermijnt de solidariteit.

Fraudeonderzoek kan echter worden ingesteld omdat de materiële controle aanwijzingen van mogelijke fraude oplevert, die tot nader onderzoek aanleiding geven (signaal). Bij signalen zijn de regels die gelden in het kader van de materiële controle in beginsel onverkort van toepassing (art. 7.10 Regeling zorgverzekering). De specifieke risicoanalyse en het specifieke controleplan zijn nu niet geschikt, omdat het onderzoeksbelang zich hiertegen verzet.
Indien een zorgverzekeraar uit de uitgevoerde algemene controle of uit andere bron indicaties bereikt dat mogelijk sprake is van fraude, zal de verzekeraar een onderzoek uitvoeren op basis van de concrete omstandigheden. Dit onderzoek zal in het algemeen beginnen met de verificatie van het signaal dat tot het onderzoek geleid heeft. Indien het signaal een valide grond biedt voor nader onderzoek, kan dit onderzoek een detailcontrole behelzen.
Tenslotte geldt ook in dit kader dat de verzekeraar niet meer gegevens zal verwerken dan voor dat doel noodzakelijk is. Ook hier geldt de proportionaliteits-eis onverkort.

3.4 Kern van verwerking persoonsgegevens en materiële controle

De kern van de aanpak van materiële controle is te zorgen voor een controlesysteem dat de betrokkenen en de persoonlijke levenssfeer zo weinig mogelijk belast. Met dat doel is gekozen voor een aanpak die bevordert dat de latere inzet van detailcontrole waar mogelijk kan worden vermeden door de inzet van niet tot personen herleidbare controlemiddelen in een vroegere fase van het onderzoek.

De inzet van het instrument detailcontrole – gezien het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde en het medisch beroepsgeheim van de zorgaanbieder – moet noodzakelijk en proportioneel zijn. Die noodzaak en proportionaliteit moeten blijken uit de specifieke risicoanalyse en het specifieke controleplan.

De specifieke risicoanalyse is er steeds op gericht om te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieder(s) of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten. Dat kunnen zorgaanbieders zijn die werkzaam zijn in een bepaalde sector van de zorg, maar ook zorgaanbieders die op grond van een meer specifieke 'individuele' aanleiding in aanmerking komen voor detailcontrole.

Onder de noemer detailcontrole vallen verschillende controle-instrumenten. In termen van oplopende zwaarte zijn dat: gerichte vragen aan de zorgaanbieder om met betrekking tot verzekerden ontbrekende informatie aan te leveren, inzicht in de administratie van de zorgaanbieder, inzicht in de afsprakenagenda, inzage in het medisch dossier in een individueel geval, steekproeven met inzage in het medisch dossier. De inzet van een zwaarder instrument moet steeds noodzakelijk zijn en proportioneel. De door de minister van VWS vastgestelde regelingen stellen dit voor steekproeven (ten overvloede) met zoveel woorden als eis.

Aan het toepassen van het proportionaliteitsvereiste is echter inherent, dat niet van tevoren met grote precisie kan worden voorspeld welke gegevens het onderzoek zal opleveren en hoe de omvang en ernst daarvan precies moeten worden gewogen in het licht van het geformuleerde onderzoeksdoel. Het ontwikkelen van eenduidige criteria op dit terrein, die rekening houden met alle zich mogelijk voordoende feitelijke omstandigheden en verder van tevoren precies afbakenen wanneer het instellen van een vervolgonderzoek in die omstandigheden wel of niet proportioneel is, is dan ook niet mogelijk. De regeling voorziet er daarom ook in dat de zorgverzekeraar alleen meer specifiek onderzoek kan instellen wanneer hij kan verantwoorden dat een dergelijk onderzoek proportioneel is. Doordat de zorgverzekeraar hierover transparant moet zijn, is de toepassing van de regeling toetsbaar.

3.5 Materiële controle op hoofdlijnen

Hieronder wordt in hoofdlijnen de stappen toegelicht.

In de navolgende paragraaf wordt aan de hand van een toelichtend schematische voorstelling dieper op de stappen ingegaan. De specifieke risicoanalyse en de uitvoering van detailcontroles worden gedocumenteerd op een achteraf toetsbare wijze.

a. Formuleer een controledoel[10]

Door het controledoel zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen, wordt een begrenzing aangebracht in de diepgang en reikwijdte van het onderzoek. Om die reden is het belangrijk om het controledoel voldoende nauwkeurig te bepalen, zodat in redelijke mate verifieerbaar en toetsbaar is of met het uit te voeren onderzoek het controledoel is bereikt, dan wel of specifiek nader onderzoek is aangewezen.

b. Voer een algemene risicoanalyse uit op basis van beschikbare gegevens[11]

De algemene risicoanalyse dient een tweeledig doel. Enerzijds is die erop gericht om te bepalen – vanuit een totaalbenadering van de zorgkosten als schadelast – op welke zorgsectoren, verstrekkingen of aanbieders de materiële controle zich zal richten. Analyse van schadelastgegevens kan abstraheren van individuele zorgaanbieders. Anderzijds kan de materiële controle zich ook richten op individuele aanbieders, aan wie de verzekeraar kan vragen AO/IC-verklaringen, accountantsverklaringen of bestuursverklaringen te overleggen.

c. Stel op basis van algemene risicoanalyse een algemeen controleplan vast[12]

In het algemene controleplan worden zowel de objecten van materiële controle, als de in te zetten algemene controle-instrumenten[13] beschreven. Het controleplan richt zich op de vraag *hoe* de zorgverzekeraar onderzoek gaat doen. Daarin beschrijft hij welke controle-instrumenten worden ingezet. Het gaat daarbij om instrumenten als de AO/IC-verklaring (dan wel bestuurs- en accountantsverklaringen), statistische analyses en verbands- en logicacontroles.

d. Voer in dit stadium van materiële controle geen detailcontrole uit[14]

In de hiervoor genoemde ministeriële regelingen is uitdrukkelijk bepaald dat detailcontrole niet mag plaatsvinden in het stadium van algemene controle.

e. Stop de materiële controle als in dit stadium het controledoel is bereikt[15]

Als uit de uitgevoerde algemene controle blijkt dat het controledoel is bereikt en er geen aanwijzingen zijn dat sprake is van onrechtmatigheid of ondoelmatigheid, stopt de controle. Als er uit die controle aanleiding wordt gevonden een ander onderzoek in te stellen wordt weer begonnen bij de eerste stap.

f. Als het controledoel niet is bereikt: maak dat inzichtelijk en toetsbaar

10 Zie art. 7.5 Regeling zorgverzekering
11 Zie art. 7.6 lid 1 Regeling zorgverzekering
12 Zie art. 7.6 lid 2 Regeling zorgverzekering
13 Met algemene controle-instrumenten wordt gedoeld op onderzoeksmethoden die zijn gericht op gegevens waarover de verzekeraar zelf beschikt (dat kunnen persoonsgegevens betreffende de gezondheid zijn), alsmede op gegevens afkomstig van derden of de zorgaanbieder die *niet* herleidbaar zijn tot personen.
14 Zie art. 7.6 lid 3 Regeling zorgverzekering
15 Zie art. 7.6 lid 4 Regeling zorgverzekering

g. Formuleer een specifiek controledoel[16]
Met het inzicht uit de vorige stap kan worden overgegaan van algemene controle naar detailcontrole. De zorgverzekeraar motiveert hier waarom gelet op het nog niet bereikte controledoel de inzet van detailcontrole noodzakelijk is.

h. Voer een specifieke risicoanalyse uit en stel een specifiek controleplan vast[17]
In het controleplan worden zowel de objecten van materiële controle, als de noodzaak van de in te zetten detailcontrole-instrumenten beschreven. Maak onderscheid tussen de laatstgenoemde instrumenten en zet die op proportionele wijze in.

i. Informeer de zorgaanbieder tevoren schriftelijk over de detailcontrole[18]
Door aan de zorgaanbieder inzichtelijk en toetsbaar te maken waarom en op welke wijze de detailcontrole wordt uitgevoerd, is voor de zorgaanbieder zelf eenvoudiger vast te stellen dat hij verplicht is tot medewerking en het medisch beroepsgeheim daarvoor geen belemmering is.

j. Voer de controle onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur uit[19]
De verantwoordelijkheid en betrokkenheid van de medisch adviseur waarborgt dat degene die namens de verzekeraar inzage krijgt in medische gegevens, ook de kennis en deskundigheid heeft om die gegevens te beoordelen en daarover met de zorgaanbieder te kunnen communiceren. Het aantal personen dat door de medisch adviseur betrokken wordt in de uitvoering van detailcontrole zal zo beperkt mogelijk worden gehouden.

k. Indien het controledoel niet is bereikt: overweeg inzet zwaarder middel

l. Mogelijkheid inzetten detailcontrole zowel met als zonder toestemming verzekerde[20]
De zorgverzekeraar mag detailcontrole uitvoeren indien de verzekerde ten behoeve van de materiële controle schriftelijk toestemming aan de zorgaanbieder heeft gegeven voor verstrekking van persoonsgegevens betreffende diens gezondheid aan de zorgverzekeraar OF zonder toestemming van de verzekerde (via het volgen van de, in dit protocol, uitgewerkte stappen).
De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is. De zorgaanbieder verstrekt bij detailcontrole met toestemming van de verzekerde aan de verzekerde die informatie die past binnen de gegeven toestemming. De zorgaanbieder heeft hierbij de verantwoordelijkheid om te toetsen of de gevraagde informatieverstrekking past binnen de noodzakelijkheidseis.

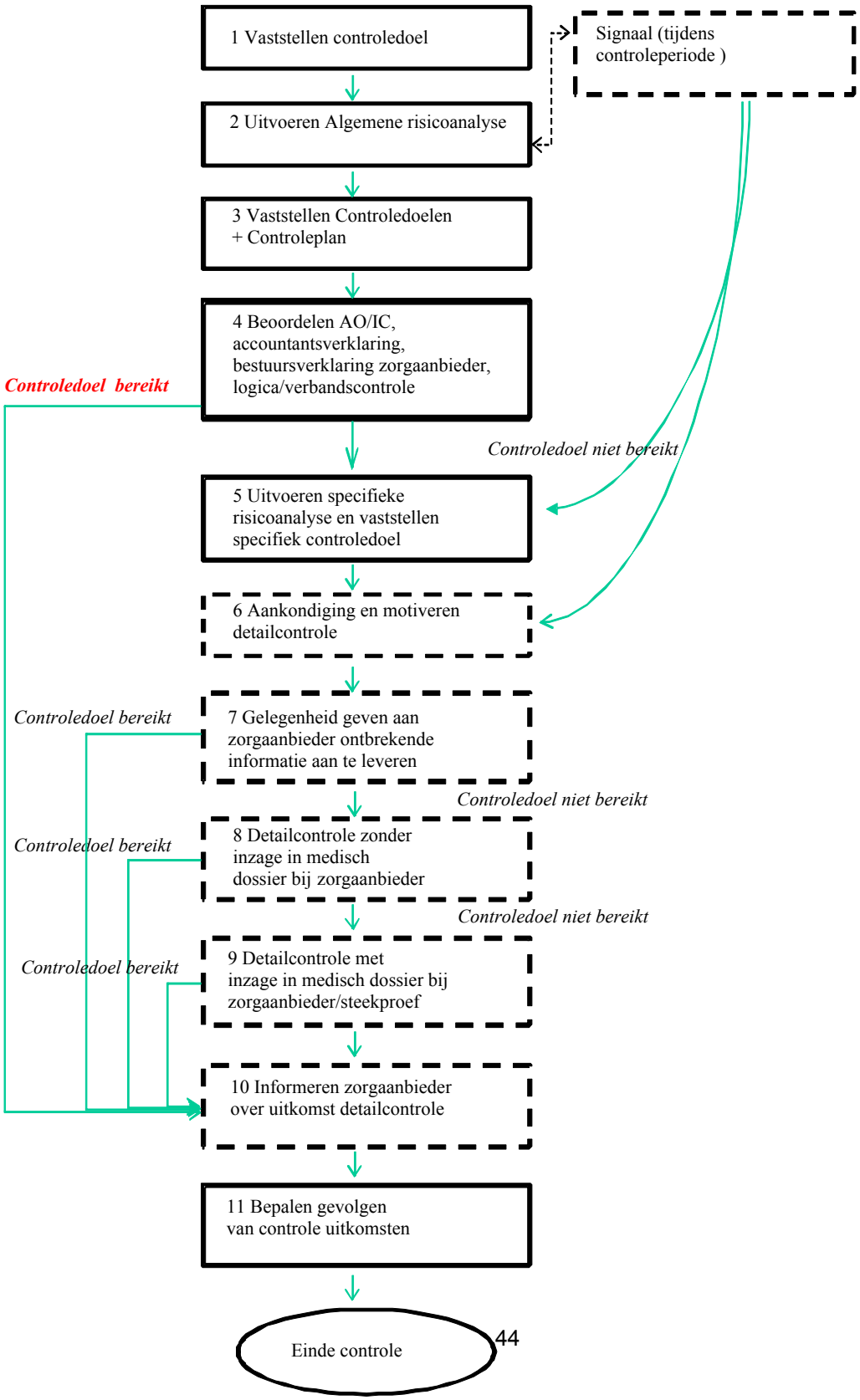
m. Stop en zie af van een zwaardere vorm van detailcontrole als het controledoel is bereikt

n. Informeer de zorgaanbieder over de uitkomsten van de detailcontrole[21]

16 Zie art. 7.8 lid 1 Regeling zorgverzekering
17 Zie art. 7.8 lid 1 sub a en b Regeling zorgverzekering
18 Zie art. 7.8 lid 1 sub e Regeling zorgverzekering
19 Zie art. 7.8 lid 2 Regeling zorgverzekering
20 Zie art. 7.8 lid 1 en 3 Regeling zorgverzekering
21 Zie art. 7.8 lid 4 Regeling zorgverzekering

Dit is het natuurlijke sluitstuk detailcontrole en draagt bij aan een transparante uitvoering ervan. De zorgverzekeraar informeert de zorgaanbieder als de informatie vernietigd is.

Figuur: Materiële controlestappen in schema



Stap 1. Vaststellen controledoel

Alvorens daadwerkelijk met de materiële controle te starten, stelt de zorgverzekeraar zijn controleplan vast met daarin opgenomen zijn controledoelen. Hierbij dient de zorgverzekeraar rekening te houden met de door de NZa gestelde regels voor zover het de uitvoering van de Zvw betreft. Alhoewel in dit kader een minimum eis wordt gesteld conformeren zorgverzekeraars zich hier in de praktijk aan.
Met betrekking tot de materiële controle voor de uitvoering van de aanvullende ziektekosten-verzekeringen geldt dat zorgverzekeraars vrij zijn bij het bepalen van hun controledoel.
De zorgverzekeraars dienen in dit kader aan te sluiten bij het controledoel dat bepaald is voor de uitvoering van de zorgverzekering. Overigens gelden ook wat betreft de uitvoering van de Wlz wettelijke regels. Na het bepalen van het controledoel wordt een algemene risicoanalyse uitgevoerd (Zie hoofdstuk 1 en 2).

De vaststelling door de zorgverzekeraar wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat de geleverde prestatie het meest is aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde, geschiedt zodanig dat voor verzekerden en zorgaanbieders inzichtelijk is welke maatstaven daarbij gelden, dit met inachtneming van hetgeen in dit kader in het artikel 2.1, tweede lid Besluit zorgverzekering wordt gesteld. De verzekeraar objectiveert aldus zijn handelen, waardoor zijn controledoel transparanter is richting zorgaanbieder.

Stap 2. Uitvoeren algemene risicoanalyse

De algemene risicoanalyse is een zorgbrede analyse door de zorgverzekeraar, die zich ook kan richten op bepaalde sectoren of categorieën van zorgaanbieders. De verzekeraar verricht deze analyse op gegevens waarover hij zelf beschikt. Uit de risicoanalyse blijkt welke risico's de zorgverzekeraar loopt op de aanwezigheid van niet rechtmatige of niet doelmatige zorg. Aan de hand van deze analyse concludeert de zorgverzekeraar waar verdere instrumenten ingezet worden in het kader van de materiële controle. Aan de hand van de resultaten van de risicoanalyse wordt een controleplan vastgesteld. Aldus heeft de algemene risicoanalyse tot doel vast te stellen of zich bij bepaalde nader te noemen categorieën van zorgaanbieders bepaalde risico's voordoen.

Stap 3. Vaststellen controledoelen en controleplan

Het controleplan vormt de basis voor de verdere materiële controle. In het controleplan komen de volgende instrumenten aan de orde:

1. Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder
2. Uitvoeren statistische analyse en logica/verbandcontrole

De hiervoor genoemde instrumenten worden ingezet bij algemene controle. Met betrekking tot de overgang naar detailcontrole, zie stap 6 en volgende, geldt dat detailcontrole slechts plaatsvindt als deze instrumenten niet voldoende informatie opleveren om het vastgestelde controledoel te realiseren. De verzekeraar dient in zijn controleplan aan te geven dat als het controledoel niet wordt

bereikt, detailcontrole wordt ingezet. Dit overeenkomstig het in voorkomend geval in een latere fase op te stellen specifieke controleplan. Deze is specifiek omdat hier gebruik wordt gemaakt van gegevens waarover de verzekeraar niet zelf beschikt voor de uitvoering van de zorgverzekering.

De verschillende instrumenten die de zorgverzekeraar mag inzetten, zorgen ervoor dat de zorgverzekeraar zo efficiënt mogelijk voldoende zekerheid krijgt over de juistheid/rechtmatigheid van de declaratie en de doelmatigheid van de geleverde zorg en dat de controle zo min als mogelijk belastend is voor de zorgaanbieder en verzekerde. Een instrument dat in dit kader expliciet in de Regeling zorgverzekering (art. 7.5, derde, vierde en vijfde lid) is opgenomen is de mogelijkheid die de verzekeraar heeft om enquêteformulieren te zenden aan verzekerden om onderzoek te doen of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend, en naar de door die verzekerden ervaren kwaliteit van de verzekerde zorg die een zorgaanbieder verleent of heeft verleend. Bij de verzending van enquêteformulieren informeert de zorgverzekeraar de verzekerde erover dat hij niet verplicht is tot beantwoording van de gestelde vragen en dat onthouden van medewerking op geen enkele wijze tot zijn nadeel zal strekken.

In het kader van de materiële controle heeft een enquêteformulier primair tot doel te controleren of de in rekening gebrachte zorg daadwerkelijk is verleend. Het informeren naar de ervaren kwaliteit vindt overwegend plaats in het kader van de zorginkoop en zal derhalve hier niet nader toegelicht worden .
Overigens zal de zorgverzekeraar zowel het controledoel als het algemene controleplan (dat gemaakt wordt naar aanleiding van de uitkomst van de risicoanalyse) communiceren (bijvoorbeeld door dit op de eigen website te publiceren en tijdens contractsonderhandelingen met zorgaanbieders aan de orde te stellen). Aldus wordt het controleplan zowel voor de verzekerden als de zorgaanbieder beschikbaar gesteld.

Stap 4. Uitvoeren algemeen controleplan

Beoordelen AO/IC, accountantsverklaring en bestuursverklaring zorgaanbieder

In het controleplan zijn activiteiten opgenomen die dienen om het controledoel te realiseren door gegevens te controleren die de zorgverzekeraar aan de eigen administratie kan ontlenen. Dit kunnen ook persoonsgegevens betreffen. Tevens kan het gaan om niet-persoonsgegevens die afkomstig zijn van de zorgaanbieder zoals een (externe) accountantsverklaring. Een zorginstelling kan zich ook verantwoorden in het kader van één van de Kaderregelingen Administratieve Organisatie en Interne Controle. Een interne accountant (of controller) van een zorgaanbieder kan dus bijvoorbeeld controleren of van iedere patiënt, waar declaraties voor zijn ingediend, een verwijzing aanwezig is in het registratiesysteem van de instelling. Daarnaast kan de zorgaanbieder een bestuursverklaring afgeven. Het bestuur van de instelling verklaart daarmee dat de interne organisatie op orde is.

Uitvoeren statistische analyse en logica/verbandscontrole

Een onderdeel van de algemene controle is tenslotte het op het declaratiebestand uitvoeren van statistische analyse en logica/verbandcontrole. Deze instrumenten zijn in alle gevallen toegestaan. Het betreft hier instrumenten die ingezet worden op gegevens waarover de zorgverzekeraar reeds beschikt door de uitvoering van de verzekering. Het belang hiervan is dat - waar mogelijk - op andere (minder ingrijpende) wijze dan via detailcontrole, instrumenten worden ingezet die ertoe leiden dat voldoende zekerheid kan worden verkregen. Het voorgaande leidt er toe dat eerst de minder ingrijpende instrumenten ingezet moeten worden om voldoende zekerheid te verkrijgen.

Bij statistische en risicoanalyses legt de zorgverzekeraar relaties met historische gegevens en gegevens van andere zorgverleners. Hierbij kan ook gedacht worden aan relaties tussen zorgverlening en de ontwikkeling van de verzekerdenpopulatie en de geleverde zorg. Indien dit geen signalen voor onjuistheden oplevert en de benodigde zekerheid met deze controle-instrumenten kan worden getoetst is de controle inzake 'rechtmatigheid' en 'juistheid' hiermee uitgevoerd. Op basis van signalen uit deze analyses kunnen de verdergaande controle-instrumenten gericht worden ingezet waardoor de controle efficiënt wordt ingericht. Dit laatste is alleen toegestaan indien de resultaten van de tot nu toe algemene controle niet leiden tot de voor aanvang van de materiële controle vastgestelde controledoelen.

Ten aanzien van de geformuleerde controledoelen inzake doelmatigheid is eigen onderzoek nodig. De controle inzake doelmatigheid is een zelfstandige verantwoordelijkheid van elke zorgverzekeraar, dit met in achtneming van artikel 2.1 Regeling zorgverzekering waarin staat dat als uitgangspunt geldt dat er sprake moet zijn van gebruikelijke zorg. De kaderregeling en de verantwoording van de instellingen zien hier niet op.

Bij logica/verbandscontrole legt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld relaties tussen verschillende zorgverleningen zoals medicijngebruik en verrichtingen, tussen vervoer en verrichtingen of tussen verschillende verrichtingen (twee keer blindedarmoperatie bij één patiënt).

Indien de accountantsverklaring of de bestuursverklaring voldoende zekerheid oplevert en er ook geen andere signalen zijn (signalen uit de statistische analyse, risicoanalyse en verbandcontrole) beëindigt de zorgverzekeraar de materiële controle. Dit is wellicht anders als er andere aanwijzingen zijn dat zich gebreken voordoen wat betreft de rechtmatigheid of doelmatigheid van de gedeclareerde zorg. Artikel 7.5 en artikel 7.6, vierde lid en de toelichting bij die artikelen, alsmede voorbeeld 1, gaan hierop in.

Voorbeeld 1: Signalen
Onderzoek bovenregionale toeslag academische ziekenhuizen
Naar aanleiding van een pilot bij één van de zorgverzekeraars ontstond de indruk dat academische ziekenhuizen in een aantal gevallen ten onrechte een bovenregionale toeslag in rekening brachten voor patiënten woonachtig buiten het werkgebied van het ziekenhuis. Naar aanleiding van dit signaal hebben ook andere zorgverzekeraars hiernaar onderzoek gedaan.

Voorbeeld 2: Statistische controle
Aandoening staar (oogheelkunde)
Bij de aandoening staar (oogheelkunde) is vastgesteld dat de cataractoperaties in meer dan 90% van de gevallen in een poliklinische setting kunnen worden uitgevoerd. De combinatie staar, cataractoperatie, met dagverpleging of opname is, indien dit veelvuldig voorkomt, een indicatie voor het leveren van niet-doelmatige zorg. Dat kan de betreffende zorgverzekeraar aanleiding geven aanvullend onderzoek in te stellen.

Voorbeeld 3: Statistische controle
Zieke zuigelingen in couveuse
Als blijkt dat in een bepaald ziekenhuis significant meer zuigelingen in een couveuse worden gelegd, kan dit aanleiding zijn voor nader onderzoek.

Voorbeeld 4: Verbandscontrole
Onderzoek naar declareren poliklinische verrichtingen in combinatie met dagverpleging.

Verbandscontrole
De zorgverzekeraar heeft een overzicht opgesteld van verrichtingen die poliklinisch uitgevoerd kunnen worden en waarbij het onwaarschijnlijk is dat hierbij tevens dagverpleging aan de orde is. Vervolgens is uit het geautomatiseerde systeem een query getrokken met de combinaties van de bedoelde verrichtingen en dagverpleging. Dat kan de betreffende zorgverzekeraar aanleiding geven aanvullend onderzoek in te stellen.

Stap 5. Specifieke risicoanalyse, specifiek controledoel en specifiek controleplan

Zoals reeds eerder opgemerkt geldt dat de stap naar detailcontrole uitsluitend mag plaatsvinden als uit de bevindingen van het uitgevoerde algemene controleplan blijkt dat het controledoel **niet** is bereikt, of het controledoel wel is bereikt maar er andere signalen zijn dat er toch sprake is van onvoldoende zekerheid. In dat geval wordt een specifieke risicoanalyse uitgevoerd. Aan de hand van de resultaten van de specifieke risicoanalyse dient de zorgverzekeraar een specifiek controledoel vast te stellen met een daaraan gekoppeld specifiek controleplan. Hierin worden de objecten van materiële controle en methoden van detailcontrole opgenomen. In het specifieke controleplan wordt gekozen voor het toepassen van verschillende controle-instrumenten die aansluiten op de specifieke situatie. Duidelijk moet blijken dat het specifieke doel van de materiële controle zonder detailcontrole niet kan worden bereikt. Uit het specifieke controleplan dient te blijken dat de detailcontrole niet verder gaat, dan gelet op het met het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het te onderzoeken geval noodzakelijk is. Tenslotte heeft de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder voorafgaand aan de uitvoering van de detailcontrole toereikende – en op verzoek van de zorgaanbieder schriftelijke – informatie verstrekt waarin wordt gemotiveerd hoe is voldaan aan de hiervoor genoemde voorwaarden.

Resumerend kan de aanleiding voor detailcontrole in elk geval voortvloeien uit:

- resultaten formele controle;
- resultaten van de uitgevoerde algemene controle;
- signalen met betrekking tot een bepaalde zorgverlener die voortvloeien uit de statistische analyse en/of verbandscontrole;
- afwijkend of onjuist aanvraaggedrag;
- signaal van collega's van de zorgverlener, beroepsorganisatie of inspectie;
- signaal van verzekerden/patiënten;
- signaal van andere zorgverzekeraar;
- berichtgeving in de media.

Stap 6. Aankondiging en motiveren detailcontrole

De zorgverzekeraar dient het inzetten van de detailcontrole tijdig en voorafgaand aan de feitelijke controle bij de zorgaanbieder aan te kondigen. Hierbij dient de zorgverzekeraar aan te geven aan de zorgaanbieder wat de aanleiding en het doel van de controle is, op welke wijze de controle zal plaatsvinden, wat de mogelijke gevolgen zijn en binnen welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt (conform het controleplan). Tevens dient de zorgverzekeraar desgevraagd aan de zorgaanbieder te motiveren op welke wijze hij invulling geeft aan de specifieke risicoanalyse, het specifieke controleplan en specifieke controle.

Voor de zorgverzekeraar is de noodzaak om de in het specifieke controleplan genoemde zekerheid te krijgen over rechtmatigheid en doelmatigheid van de geleverde zorg leidend bij de keuze van zijn instrumenten. Pas als het niet mogelijk is gebleken om met minder belastende controle-instrumenten benoemde zekerheid te krijgen zal de zorgverzekeraar zwaardere (ingrijpender) instrumenten inzetten om deze zekerheid te verkrijgen. In het controleplan motiveert de zorgverzekeraar de keuze voor de controle-instrumenten en identificeert de punten waarop beslissingen tot inzet van zwaardere instrumenten moeten worden genomen, in het bijzonder bij steekproefsgewijze verwerking van persoonsgegevens. Overigens betekent het voorgaande niet dat alle ter beschikking staande instrumenten van detailcontrole in alle gevallen ingezet worden. Per fase dient bezien te worden van welk instrument de inzet proportioneel is.

In de aankondiging van de detailcontrole dient de zorgverzekeraar te vermelden dat indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, dit geschiedt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de zorgverzekeraar en is deze op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle.
Het voorgaande leidt ertoe dat de medisch adviseur bepaalt welke persoonsgegevens moeten worden opgevraagd bij het uitvoeren van de controle, teneinde te waarborgen dat bij de uitvoering van detailcontrole voldoende deskundigheid beschikbaar is en adequaat wordt gemotiveerd.

Wat betreft de inzet van detailcontrole zijn een aantal instrumenten te onderscheiden, waarbij sprake is van minder – wat de persoonlijke levenssfeer betreft – ingrijpende instrumenten tot een instrument dat als ingrijpender wordt ervaren door de zorgaanbieder. Het is niet toegestaan om door middel van detailcontrole persoonsgegevens te verwerken, als dat met de inzet van een

algemeen controle-instrument mogelijk had kunnen worden vermeden. De zorgverzekeraar dient ook in het kader van de detailcontrole aan te vangen met de minst ingrijpende instrumenten, te weten:

1. Gelegenheid geven aan zorgaanbieder ontbrekende informatie aan te leveren.
2. Detailcontrole zonder inzage in medisch dossier bij zorgaanbieder.
3. Detailcontrole met inzage in medisch dossier bij zorgaanbieder.
4. Informeren zorgaanbieder over uitkomst detailcontrole.
5. Bepalen gevolgen van controle-uitkomsten.
6. Einde controle.

Stap 7. Inzet detailcontrole

Als door het inzetten van het minst ingrijpende instrument het op voorhand gestelde controledoel is gerealiseerd, mag een zwaarder instrument niet ingezet worden door de verzekeraar. Inzage in het medisch dossier is alleen in uiterste instantie toegestaan. De zorgverzekeraar moet steeds motiveren dat de inzet van de onderscheiden controle-instrumenten proportioneel is met het doel van het onderzoek en de omstandigheden van het te onderzoeken geval, in het bijzonder waar tot de persoon herleidbare gegevens betreffende de gezondheid in het geding zijn.

Gelegenheid geven aan zorgaanbieder ontbrekende informatie aan te leveren
De aankondiging zoals bedoeld in stap 6 kan vergezeld gaan van het opvragen van aanvullende informatie. Met deze informatie kan de zorgaanbieder antwoord geven op de openstaande (controle)vragen, zonder dat hierbij persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verstrekt. De detailcontrole die de zorgverzekeraar wil doen wordt binnen een redelijke termijn (in beginsel 2 weken) voorafgaand aan de controle aan de zorgaanbieder bekend gemaakt.

Overigens kan het ook zo zijn dat aanvullende informatie bij de verzekerde wordt opgevraagd. Soms is dit de enige mogelijkheid om volledige informatie te verkrijgen. Een voorbeeld hiervan is de zogenoemde "U-bocht controle". Deze controle wordt toegepast op farmaceutische zorg.
Het benaderen van verzekerden is in dit geval de enige mogelijkheid om die informatie te verkrijgen.

Voorbeeld U-bocht-controle
In een U-bocht constructie geeft bijvoorbeeld een ziekenhuis een recept af en verzoekt de verzekerde het medicijn op te halen bij de stadsapotheek. Deze medicatie wordt vervolgens meegenomen naar het ziekenhuis om daar toegediend te worden. Intramuraal toegepaste geneesmiddelen dienen bekostigd te worden uit het totale ziekenhuisbudget, en mogen niet ten laste van de zorgverzekeraar worden gebracht. De stadsapotheek declareert de medicatie bij de zorgverzekeraar terwijl feitelijk het ziekenhuis deze kosten moet dragen. Dit kan alleen gereconstrueerd worden door in voorkomend geval bij de verzekerde informatie op te vragen (en niet door verbandscontroles). Alleen dan wordt inzichtelijk welke medicatie is verstrekt, en wie dit heeft toegediend. Deze essentiële aanvullende informatie wordt daarom opgevraagd bij de verzekerde. Indien een verzekerde aangeeft dat de medicatie in het ziekenhuis is toegediend wordt de controle voorgelegd aan het betreffende ziekenhuis.

Stap 8. Detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk medisch dossier bij zorgaanbieder

Bij dit instrument wordt gebruik gemaakt van persoonsgegevens waarover de zorgverzekeraar niet zelf beschikt. Tot de detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk medisch dossier worden de volgende activiteiten gerekend:

- Het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder; bijvoorbeeld verklaring vragen voor afwijkende kengetallen.
- Het controleren van de afspraken van de cliënt in het (elektronische) systeem van de zorgaanbieder.

Voorbeeld dossiercontrole bij zorgaanbieder: Onplanbare zorg
Voor zorg die op onplanbare tijdstippen (op oproepbasis) wordt geleverd, geldt een aanvullende tariefstoeslag. De zorgverzekeraar heeft als controledoel vast te stellen dat wordt voldaan aan de eisen voor dit hogere tarief. Op basis van uitgevoerde analyses op bij de zorgverzekeraar beschikbare gegevens, wordt vastgesteld dat bij 2 aanbieders sprake is van relatief veel gedeclareerde onplanbare zorg. Op basis van deze analyses kan het controledoel niet worden behaald. De zorgverzekeraar informeert en motiveert de noodzaak tot detailcontrole, en biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om aanvullende informatie te verschaffen. De zorgaanbieder levert aanvullende informatie aan op basis van zijn bedrijfsadministratie waaruit blijkt dat deze zorg inderdaad na oproep is geleverd, dat wil zeggen buiten de reguliere planning om. Op basis van de ontvangen informatie, kan de zorgverzekeraar haar controledoel bereiken en eindigt de controle.

Stap 9. Detailcontrole met inzage in het inhoudelijk medisch dossier bij zorgaanbieder

Bij het uitvoeren van detailcontrole moet een zorgaanbieder de zorgverzekeraar conform het specifieke controleplan inzage verstrekken in het inhoudelijk medisch dossier. Dat kan zowel aan de orde zijn in individuele gevallen, als steekproefsgewijs. De zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor een zorgvuldige uitvoering van de detailcontrole, onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur. Het aantal personen dat door de medisch adviseur betrokken wordt in de uitvoering van detailcontrole zal zo beperkt mogelijk worden gehouden. Overigens geldt als uitgangspunt dat inzage in het medisch dossier alleen in uiterste instantie mogelijk is. Dit laat onverlet dat er situaties voorzienbaar zijn, waarin duidelijk is dat het specifieke controledoel alleen kan worden behaald door het uitvoeren van een steekproef, en dat andere instrumenten voor detailcontrole niet bruikbaar zijn voor het behalen van het controledoel. In een dergelijk geval hoeft de verzekeraar uiteraard niet eerst die andere stappen zoals deze gelden in, met name, de eerste fase (minder ingrijpende, maar niet tot resultaat leidende) instrumenten in te zetten. Indien zich een voorkomende situatie voordoet dient de zorgverzekeraar jegens de zorgaanbieder te motiveren waarom dit aangewezen is.

Voorbeeld individuele dossiercontrole bij zorgaanbieder: Controle geleverde zorg ZZP
De zorgverzekeraar heeft als controledoel vast te stellen dat de geleverde zorg voldoet aan de voorwaarden voor het gestelde tarief. N.a.v. signalen aan de zorgverzekeraar en berichten in de media dat de zorg verschraalt en de geïndiceerde zorg door de betreffende aanbieder niet zou worden geleverd

neemt de zorgverzekeraar in het specifieke controleplan op dit te gaan onderzoeken om vast te kunnen stellen of de werkelijk aan de cliënt geleverde zorg past bij de CIZ indicatie.
Cliënt heeft een ZZP-indicatie (ZorgZwaartePakket). De zorgaanbieder declareert het bijbehorende tarief. De zorgverzekeraar wil vaststellen dat de werkelijke geleverde zorg voldoet aan de voorwaarden, i.c. dat niet minder zorg wordt geleverd, dan waarop recht bestaat op basis van de indicatie. In de accountantsverklaring wordt (achteraf) beoordeeld in hoeverre de gedeclareerde zorg feitelijk is geleverd en past binnen de geïndiceerde zorg. Op basis van deze algemene verklaring kan de zorgverzekeraar haar specifieke controledoel niet bereiken. Op basis van een analyse op de beschikbare declaratiegegevens kan het controledoel evenmin worden behaald. De zorgverzekeraar informeert en motiveert de noodzaak tot detailcontrole, en biedt de zorgaanbieder de mogelijkheid om aanvullende informatie te verschaffen. Als de zorgaanbieder bijvoorbeeld inzicht in het zorgplan biedt aan de zorgverzekeraar, komt de gewenste informatie gedeeltelijk beschikbaar. Met deze informatie is wel de relatie tussen declaratie, CIZ indicatie en het zorgplan te maken, maar dit geeft nog niet voldoende zekerheid of de zorg ook daadwerkelijk conform het zorgplan geleverd is. Om dit te beoordelen selecteert het zorgkantoor een aantal namen van verzekerden met bijvoorbeeld een hoge ZZP, informeert de zorginstelling en maakt een afspraak om ter plaatse de detailcontrole uit te voeren. In de betreffende cliëntendossiers van de verschillende disciplines wordt beoordeeld of de geregistreerde medische, verzorgende, verpleegkundige en paramedische zorg aannemelijk is in relatie tot de CIZ indicatie. Hierbij wordt gelegenheid gegeven aan de zorgaanbieder om eventuele ontbrekende informatie alsnog aan te leveren. Op basis van de ontvangen informatie en uitgevoerde detailcontrole heeft de zorgverzekeraar haar controledoel bereikt en eindigt de controle.

Gerichte steekproeven dienen om vast te stellen of afwijkingen die zich bij een bepaalde zorgaanbieder lijken voor te doen, verklaarbaar zijn.
Aselecte steekproeven richten zich vrijwel steeds op zorgaanbieders (hoewel ook het declaratiepatroon van een verzekerde aanleiding kan zijn om ten aanzien van die verzekerde aselect onderzoek te doen bij verschillende zorgaanbieders). Voor een aselecte steekproef onder zorgaanbieders kan bijvoorbeeld aanleiding bestaan als bij het hierna genoemde voorbeeld van de behandeling van staar zou blijken dat het aandeel van de niet-poliklinische cataract operaties over de hele linie stijgt zonder dat daarvoor een goede verklaring lijkt te zijn. In een dergelijk geval kan het aangewezen zijn dat de zorgverzekeraar ten aanzien van eigen verzekerden aselect steekproeven neemt bij verschillende zorgaanbieders.

Voorbeeld steekproefsgewijze dossiercontrole
Als een zorgaanbieder bij de behandeling van staar (oogheelkunde) in 70% van de gevallen cataract operaties in een poliklinische setting uitvoert, terwijl dit percentage bij andere aanbieders op 90 ligt, kan dit aanleiding zijn voor onderzoek. Het is goed mogelijk dat de zorgaanbieder in kwestie een afwijkende patiëntenpopulatie heeft die het verschil verklaart, maar als dat alleen met een steekproef kan worden vastgesteld moet die mogelijkheid er ook zijn. Die steekproef zal uiteraard alleen betrekking kunnen hebben op eigen verzekerden.

Stap 10. Informeren zorgaanbieder over uitkomst detailcontrole

De zorgverzekeraar zal de zorgaanbieder informeren omtrent de uitkomst van de detailcontrole. In het kader van hoor en wederhoor wordt de aanbieder in de gelegenheid gesteld binnen een redelijke termijn (te denken valt aan een reactietermijn van 3 weken) op de uitkomst van de materiële controle te reageren. Op basis van de reactie van de aanbieder stelt de zorgverzekeraar de definitieve uitkomst van de controle vast en bericht deze aan de zorgaanbieder.

Stap 11. Bepalen gevolgen van controle uitkomsten

Indien bij een controle tekortkomingen zijn vastgesteld, worden de gevolgen daarvan bepaald. Daarbij staat uiteraard het belang van de verzekerde centraal, en wordt overigens onder meer rekening gehouden met de volgende aspecten:

- de omvang van de fout/afwijking;
- normatieve bekendheid (wist hij het – bijvoorbeeld gezien de contractuele afspraken - of kon hij het weten) met zorg- en declaratievoorschriften;
- aard van de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (ook hier geldt dat aan de relatie een overeenkomst ten grondslag kan liggen waarin gedetailleerde bepalingen kunnen zijn opgenomen in dit kader);
- eventuele eerdere fouten en/of waarschuwingen;
- opstelling van de zorgverlener (o.a. bereidheid tot medewerking onderzoek);
- zorgvuldige afweging van gerechtvaardigde belangen;
- zorgvuldige procedure (o.a. tijdige communicatie en adequate motivering door zorgverzekeraar);
- belangen van verzekerden;
- het gevolg staat in verhouding tot de geconstateerde tekortkoming;
- redelijkheid en billijkheid.

Voorbeelden gevolgen voor zorgverleners

1. Direct betrekking hebbend op de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder:
    - uitbreiden van de controle;
    - waarschuwing;
    - terugvordering/verrekening met toekomstige declaraties van de zorgverlener (inclusief de mogelijkheid wettelijke rente en kosten te berekenen);
    - opvoeren controlefrequentie;
    - aanvullende voorwaarden verstrekken aan de zorgaanbieder;
    - aanpassen of beëindiging overeenkomst (lagere tarieven overeenkomen, bepaalde declaratiecodes niet meer betalen);
    - niet overgaan tot hercontractering.

2. Externe acties:
    - Inspectie voor de Gezondheidszorg informeren;
    - melding bij de NZa;
    - klacht indienen bij tuchtrechter;
    - Economische Controle Dienst inlichten;
    - aangifte bij de politie;
    - melding door fraudecoördinator aan Externe VerwijzingsRegister (conform Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen).

Afhankelijk van de feiten en omstandigheden van het geval kunnen de hiervoor genoemde gevolgen en acties worden gecombineerd.

N.B. Ook aan de uitkomst van een formele controle kunnen (nadat de onregelmatigheden aan de zorgverlener kenbaar zijn gemaakt en de zorgverlener de mogelijkheid heeft gehad te reageren) genoemde gevolgen en acties worden verbonden.

Voorbeelden van gevolgen voor verzekerden
Direct betrekking hebbend op de relatie tussen zorgverzekeraar en verzekerden:
- terugvordering van ten onrechte uitgekeerde declaraties;
- beëindigen verzekering (bij fraude).

Laatste Stap. Einde controle

Zoals uit het voorgaande blijkt wordt een instrument uitsluitend ingezet als aan de hand van een minder ingrijpend instrument het controledoel niet wordt gerealiseerd. Aldus dient per instrument door de verzekeraar de afweging gemaakt te worden of de inzet hiervan proportioneel is en dient dit tevens gemotiveerd te worden ten behoeve van de zorgaanbieder. Overigens is het niet steeds noodzakelijk dat in alle gevallen alle stappen doorlopen moeten worden. Indien een stap niet mogelijk is en de zorgverzekeraar kan dit onderbouwen (zoals artikel 7.8 lid 1e voor de Zvw eist) mag deze overgeslagen worden. Uiteraard geldt ook hier wederom de proportionaliteit en subsidiariteit.

4. Medisch adviseur

Zoals uit het onderhavige protocol blijkt, speelt de medisch adviseur een sleutelpositie daar waar er sprake is van verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid.

Zo vermeldt de zorgverzekeraar bijvoorbeeld in de aankondiging van de detailcontrole dat indien bij de uitvoering van detailcontrole persoonsgegevens van verzekerden worden verwerkt, dit geschiedt onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur in opdracht van de zorgverzekeraar en is deze op voorafgaand verzoek van de zorgaanbieder aanwezig bij dit deel van de controle.
De medisch adviseur bepaalt in dit kader welke persoonsgegevens moeten worden opgevraagd bij het uitvoeren van de controle, teneinde te waarborgen dat bij de uitvoering van detailcontrole voldoende deskundigheid beschikbaar is en adequaat wordt gemotiveerd waarom deze gegevens nodig zijn.