

1. Aanleiding en verzoek

- 1.1 De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) werkt aan goede en betaalbare zorg in Nederland. Een toekomstbestendig zorgstelsel is belangrijk. In dat verband houdt de NZa toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars en stelt de NZa prestaties en (maximum)tarieven in de zorg vast. De bekostiging is de manier waarop wordt bepaald welk tarief een zorgaanbieder voor geleverde zorg in rekening mag brengen.
- 1.2 In de geestelijke gezondheidszorg bestaan momenteel diverse bekostigingsmodellen naast elkaar; er wordt gebruik gemaakt van diagnose-behandelcombinaties (dbc's), zorgzwaartepakketten (zzp's), diagnose-beveiligcombinaties (dbbc's) en producten voor de generalistische basis-ggz. Geconstateerd is dat het huidige systeem van db(b)c's binnen de (g- en gb-)ggz en de fz ongewenste effecten heeft op de werking van het zorgstelsel. Zie bijvoorbeeld paragraaf 5.4 van het Hoofdlijnenakkoord GGZ.¹ Dit heeft ertoe geleid dat de partijen in de zorg tot de conclusie zijn gekomen dat deze bekostiging niet langer geschikt is om de ggz en de fz op een duurzame manier te bekostigen. In haar op 30 april 2019 gepubliceerde advies 'Zorgprestatiemodel ggz en fz' adviseert de NZa daarom om per 2022 het zorgprestatiemodel in te voeren als bekostigingsmodel voor de ggz en de forensische zorg (fz).

De invoering van een nieuw zorgprestatiemodel zou gevolgen kunnen hebben voor de gegevens waarover de zorgverzekeraars moeten kunnen beschikken om hun rol in het zorgstelsel waar te maken en voor de instandhouding van het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen en de rol van het risicoverevening daarbij.

Op dit moment wordt voor de gespecialiseerde ggz de diagnoseclassificatie (geaggregeerd tot 14 diagnosehoofdgroepen) in de dbc-prestatiecode verwerkt en daardoor herkenbaar op de factuur vermeld. Ten aanzien hiervan is - voorafgaand aan de invoering van de dbc-systematiek voor de gespecialiseerde ggz in 2008 - door de voorganger van de AP (het College Bescherming Persoonsgegevens) geoordeeld dat voldoende aannemelijk is gemaakt dat de vermelding van deze diagnose-informatie op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar noodzakelijk is binnen het zorgstelsel.

Met de komst van het nieuwe bekostigingsmodel per 2022 zal de DSM-diagnosehoofdgroep geen zelfstandig onderscheidend kenmerk meer zijn van de beschrijving of codering van individuele declarabele prestaties. Daarom dient opnieuw te worden gekeken naar de noodzaak voor het verwerken van deze persoonsgegevens.

Ingevolge artikel 8 van het EVRM heeft een ieder recht op de eerbiediging van privé, familie- en gezinsleven. Er is geen inmenging van enig openbaar gezag toegestaan in dit recht, dan voor zover bij wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk, in het belang van onder meer de bescherming van de gezondheid. Daarom dient bij een nieuwe opzet van de bekostiging van de curatieve ggz opnieuw te worden gekeken naar het verwerken van deze persoonsgegevens.

Ook de AVG kent een soortgelijk uitgangspunt: de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens is niet toegestaan, behoudens in het geval een uitzondering van toepassing is.

¹ <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-geestelijke-gezondheidszorg-ggz-2019-t-m-2022>

In deze notitie beargumenteren wij dat hiervan sprake is. Het behouden van de vermelding van de DSM-diagnosehoofdgroep op de declaratie is noodzakelijk voor zorgverzekeraar ten behoeve van hun controle- en inkooptaken, om zicht te houden op verbanden tussen diagnoses en de geleverde zorg en om op individueel niveau uitgekeerde schade te verantwoorden ten behoeve van de risicoanalyse, wettelijke controletaken en daarmee voor de door het Zorginstituut uit te voeren risicoverevening. De risicoverevening is essentieel voor de instandhouding van het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen.

De NZa beschikt over de juiste doelstelling en wettelijke grondslag om deze verwerking van de diagnosehoofdgroep als onderdeel van de op de factuur te vermelden prestatiebeschrijving te mogen voorschrijven. De NZa legt u daarom het voornemen tot het behoud van de diagnosehoofdgroep op de factuur voor advies voor, mede namens Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS.

1.3 In deze brief wordt in de eerste plaats stilgestaan bij de verschillende rollen van de zorgverzekeraar respectievelijk de NZa (onderdeel 2) in de context van het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen en dan met name de zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Daarnaast schetst de NZa welke persoonsgegevens het huidige bekostigingsmodel voor zorgverzekeraars inzichtelijk maakt en waarom het nieuwe bekostigingsmodel daarin wijzigingen aanbrengt (onderdeel 3).

Vervolgens beschrijft de NZa de persoonsgegevens die behouden moeten blijven op de declaratie (onderdeel 4),

met welke doeleinden van de zorgverzekeraars deze gegevensverwerking gecontinueerd dient te worden (onderdeel 5),

welke grondslagen de zorgverzekeraars hebben voor het verwerken van de persoonsgegevens (onderdeel 6) en

welke doeleinden en grondslagen de NZa heeft om het verwerken daarvan voor te schrijven (onderdeel 7).

Vervolgens wordt toegelicht waarom wordt voldaan aan voornoemde eisen van noodzakelijkheid, waaronder proportionaliteit en subsidiariteit (onderdeel 8).

Ten slotte wordt ingegaan op de maatregelen die zorgverzekeraars treffen om de privacy risico's zo gering mogelijk te houden (onderdeel 9).

2. Rollen van NZa en ziektekostenverzekeraars

2.1 De NZa is op grond van artikel 16 van de Wmg verantwoordelijk voor de tarief- en prestatieregulering, waaronder de daarbij tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars te verstrekken informatie over geleverde zorg. Daarbij hoort ook de keuze voor een te hanteren bekostigingsmodel dat voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars uitvoerbaar is binnen het wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen. Daarnaast is de NZa op grond van diezelfde Wmg verantwoordelijk voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw en Wmg is geregeld en stelt de NZa nadere regels van administratief-technische aard vast voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars.

2.2 De zorgverzekeraars zijn op grond van de Zvw gehouden op het niveau van de individuele aanspraak te controleren of sprake is van rechtmatige zorg en of de verzekerde gezien de aard, inhoud, omvang van de klacht hierop is aangewezen. De zorgverzekeraars doen dat om invulling te geven aan hun controletaken ten aanzien

van de met de verzekerde gesloten verzekeringsovereenkomst. De individuele aanspraak en de verplichting voor de zorgverzekeraars om deze te toetsen, volgt uit de Zvw. Artikel 10 Zvw omschrijft het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico. Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om met voldoende mate van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid vast te kunnen stellen dat de gedeclareerde zorg conform de stand van de wetenschap en de praktijk is geleverd en de verzekerde redelijkerwijs op die zorg was aangewezen. De vaststelling of van gepast gebruikt sprake is, geschiedt op basis van zorginhoudelijke criteria op individueel patiënt niveau. Voor het inrichten van een adequate controle op gepast gebruik dient de zorgverzekeraar in ieder geval te beschikken over zorginhoudelijke informatie. Op grond van artikel 87, eerste lid, van de Zvw dient een zorgaanbieder de zorgverzekeraar de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet te verstrekken, dan wel hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking te stellen. In hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering is verder uitgewerkt welke gegevens de zorgverzekeraars mogen verwerken ten behoeve van de formele en materiële controle.

Naast de controletaken, heeft de zorgverzekeraar ingevolge artikel 11 van de Zvw jegens zijn verzekerden een zorgplicht. Die zorgplicht verplicht zorgverzekeraars zich er van te vergewissen dat zij hun verzekerden de zorg kunnen leveren waarop zij op grond van hun verzekeringspolis recht hebben als het verzekerd risico zich voordoet. Zorgverzekeraars kunnen voldoen aan de zorgplicht door voldoende zorg in te kopen. De zorgverzekeraar wil daarbij sturen op gepast gebruik en doelmatige zorginzet door de aanbieder. Om voldoende zorg in te kunnen kopen en om daarin sturing te kunnen aanbrengen, moeten zorgverzekeraars zicht hebben op de verwachte ziektelast of zorgzwaarte van de verzekerden die mogelijk gebruik zullen maken van de zorg van een aanbieder.

Wellicht ten overvloede zij vermeld dat voor de patiënt of verzekerde die zelf de declaratie betaalt de diagnosehoofdgroep niet op de factuur hoeft te worden vermeld.

- 2.3 In Nederland is gekozen voor een wettelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen waarbij de burger zich verplicht dient te verzekeren en de zorgverzekeraars verplicht zijn de burger zonder risicoselectie te accepteren en alle gelijke verzekerden eenzelfde basispremie te laten betalen. Er is een risico dat alle verzekerden met veel kosten zich concentreren bij een zorgverzekeraar, zonder dat deze er iets tegen kan doen. Daarom is een systeem van risicoverevening in het leven geroepen om het verschil in risico tussen zorgverzekeraars te mitigeren. De risicoverevening compenseert de zorgverzekeraars voor, onder meer, voorspelbare gezondheidsverschillen in de verzekerdenportefeuille.

Om deze risicoverevening goed te kunnen uitvoeren, zijn de zorgverzekeraars verplicht de zorgkosten per individuele verzekerde aan te leveren aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut voert op basis van onder meer deze gegevens de risicoverevening uit. Essentieel daarbij is dat de zorgverzekeraars alleen betaalde prestaties tot de schadelast van een individuele verzekerde mogen rekenen. Om tot betaling te mogen overgaan, moeten de zorgverzekeraars het vertrouwen hebben dat die prestaties ook daadwerkelijk zijn geleverd. Dit vertrouwen kan de zorgverzekeraar alleen krijgen, door de beschreven prestaties op de factuur af te zetten tegen de gedeclareerde zorgproducten. Juist omdat – zoals eerder aangegeven – de zorgproducten en daarmee ook de tarieven verschillen, maakt dit

het noodzakelijk dat het verschil in tarieven herkenbaar moet zijn op basis van de beschreven prestaties op de factuur.

Die schade informatie is daarmee essentieel voor een adequaat risicovereveningsstelsel. Deze schadelast informatie kan door zorgverzekeraars alleen worden aangeleverd nadat deze aan de hand van de hoofddeclaraties op de factuur is gecontroleerd en daarmee de zekerheid is verkregen dat die prestaties ook echt geleverd zijn. Hiervoor is controle door de zorgverzekeraars een essentiële stap voor het bepalen van de schadelast. Alleen zij kunnen deze controles uitvoeren. Als de risicoverevening geen juist beeld geeft van de te compenseren risico's van de bij de wet aan zorgverzekeraars opgelegde acceptatieplicht en premiesolidariteit is het huidige stelsel van individuele ziektekostenverzekeringen niet te handhaven. Als dat stelsel niet is te handhaven voldoet de overheid niet meer aan zijn grondwettelijke plicht jegens zijn burgers om te zorgen voor sociale zekerheid. Bij de beoordeling of zorgverzekeraars bijzondere persoonsgegevens mogen verwerken moet ook de noodzakelijkheid worden betrokken van die verwerking ten behoeve van de risicoverevening.

3. Wijzigingen in bekostigingsmodel en gevolgen voor persoonsgegevens

- 3.1 Het huidige bekostigingsmodel kent een systeem waarbij de prestaties zijn ingedeeld op basis van de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau (de diagnosehoofdgroep). Onder de huidige bekostiging maakt de diagnosehoofdgroep daarom deel uit van de prestatiebeschrijving en is deze voor de zorgverzekeraars zichtbaar op een declaratie. De voorganger van de AP – het CBP – heeft bij de invoering van de huidige bekostiging geoordeeld dat voldoende aannemelijk is gemaakt dat de vermelding van deze diagnose-informatie op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar noodzakelijk is binnen het zorgstelsel². In de loop der jaren heeft de NZa geconcludeerd dat de DSM-diagnosehoofdgroep als zodanig beperkt voorspellend is voor de kosten op individueel patiëntniveau. Een verbeterde en noodzakelijke voorspelbaarheid wordt bereikt door samen met de diagnose hoofdgroep meerdere factoren als uitgangspunt te nemen, zoals medicijngebruik, leeftijd en postcodegebied.
- 3.2 Voor wat betreft de generalistische basis-ggz is geconstateerd dat de diagnose bij die trajecten een niet voldoende onderscheidend vermogen heeft in relatie tot de uitgevoerde behandeling en de daarmee samenhangende kosten en er geen noodzaak is aangetoond van het uitsplitsen naar diagnoses in de prestatiebeschrijving (ook wel prestatiecode genoemd). Daarom wordt in de generalistische basis-ggz, op basis van o.a. DSM-kwalificaties, gewerkt met patiëntenprofielen met de volgende omschrijvingen: kort, middel, intensief en chronisch.
- 3.3 Het zorgprestatiemodel is een vorm van prestatiebekostiging op basis van activiteiten op dagbasis en kent vier typen prestaties: consulten, verblijfsprestaties, toeslagen en overige prestaties. Deze prestaties zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt en bieden een feitelijke weergave van de geleverde zorg. De behandeling en geneeskundige begeleiding zijn ondergebracht in een gedifferentieerde consultenstructuur. Onder meer de duur van een consult, de betrokken behandelaar (beroep) en of het gaat om een individuele of groepsbehandeling, zijn in het zorgprestatiemodel bepalend voor de hoogte van het tarief van een consult.

² Bij brieven van 18 september 2006 en 6 december 2006, beide met kenmerk: z2006-00205.

In het nieuwe model blijft de DSM-classificatie op hoofdgroepniveau essentieel voor de (controle)taken van de zorgverzekeraar, waarbij alle behandelactiviteiten die samenhangen met een zorgvraag van een patiënt integraal moeten worden beoordeeld, hetgeen ook noodzakelijk is voor het systeem van risicoverevening. Aldus is bij het zorgprestatie-model gekozen voor een eenvoudige prestatie en declaratiestructuur waaruit op zichzelf niet is te herleiden of de verleende zorg doelmatig is. Dit bemoeilijkt de controle en een adequate zorginkoop. Om toch invulling te kunnen geven aan de controletaken die zorgverzekeraars op grond van de Zorgverzekeringswet moeten uitvoeren is het voornemen om het zorgprestatie-model te verrijken met een typering van de zorgvraag door middel van vermelding van de DSM diagnosehoofdgroep op de factuur. Zo kunnen verzekeraars hun instrumenten daadwerkelijk gebruiken.

4. Welke persoonsgegevens moeten behouden blijven

4.1 Zoals aan het slot van vorige onderdeel is aangegeven is het ten behoeve van de uitvoering van de Zvw voor zorgverzekeraars van belang specifiek de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau op de factuur te behouden. Daarmee wordt tevens een trendbreuk in de informatie ten opzichte van de huidige bekostigingssystematiek zoveel als mogelijk voorkomen. Meer in het bijzonder gaat het om de volgende diagnoses die op de factuur vermeld moeten worden:

1. aandachtstekort- en gedragsstoornissen
2. pervasieve stoornissen
3. overige stoornissen in de kindertijd
4. delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen
5. aan alcohol gebonden stoornissen
6. aan overige middelen gebonden stoornissen
7. schizofrenie en andere psychotische stoornissen
8. depressieve stoornissen
9. bipolaire en overige stemmingsstoornissen
10. angststoornissen
11. restgroep diagnoses
12. persoonlijkheidsstoornissen
13. somatoforme stoornissen
14. eetstoornissen

De diagnosehoofdgroep betreft een medische persoonsgegeven en is daarmee een bijzonder persoonsgegeven, te weten een gegeven betreffende de gezondheid als bedoeld in artikel 4, aanhef en onder 15, van de AVG.

5. Doeleinden van het verwerken van de persoonsgegevens

5.1 Op grond van de tussen de verzekerde en de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering dient de zorgverzekeraar de ingediende declaraties te kunnen controleren om te controleren of sprake is van een rechtmatige zorgdeclaratie. Ook moet de verzekeraar zijn uitgaven in relatie tot individuele verzekerden kunnen verantwoorden. De zorgverzekeraar moet kunnen vaststellen dat er een (strikte) relatie bestaat tussen:

- Dat er sprake is van verzekerde zorg volgens de aanspraak Zvw;
- De prestatie waarop de individuele verzekerde gelet op zijn; gezondheidstoestand (het meest) is aangewezen inclusief de omvang daarvan;
- De prestatie waarvoor de individuele verzekerde is verzekerd;

- De aan de individuele verzekerde door een zorgaanbieder geleverde prestatie en het daarvoor in rekening gebrachte tarief en
 - Het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de individuele verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie.
- 5.2 Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om met voldoende mate van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid vast te stellen dat de gedeclareerde zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is geleverd en de verzekerde redelijkerwijs op die zorg was aangewezen. Daarnaast hebben zij de wettelijke taak zich er van te vergewissen dat zij hun verzekerden de zorg kunnen leveren waarop zij op grond van hun verzekeringspolis recht hebben als het verzekerd risico zich voordoet. Gelet op de individuele aanspraak van de verzekerde op zorg, hebben zorgverzekeraars de diagnosehoofdgroep op de factuur nodig voor de uitvoering van de in de Zvw genoemde taken op het gebied van controle en zorginkoop. Daarom dienen zorgverzekeraars over die informatie te beschikken. Hieronder wordt verder de verwerking van de diagnosehoofdgroep uitgewerkt voor de wettelijke controletaken en de zorginkoop.

Controle

- 5.3 Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om gedeclareerde zorg te controleren. De zorg moet op een juiste wijze zijn geregistreerd en gedeclareerd en aan de indicatievoorwaarden van de Zvw voldoen. De ggz-aanspraken op de Zvw zijn omschreven in termen van de DSM-classificatie. Dit betekent dat verzekerden slechts recht hebben op de zorg of op vergoeding van de zorg op grond van de Zvw als de behandelaar een DSM-stoornis vaststelt. Ook moet zijn voldaan aan de voorwaarden van gepast gebruik en moet kunnen worden afgeleid of de patiënt op die (omvang van) zorg was aangewezen, gelet op zijn gezondheidstoestand. Beoordelen of de patiënt daadwerkelijk was aangewezen op de betreffende zorg, gelet op diens gezondheidstoestand, kan alleen als de zorgverzekeraar beschikt over zowel informatie van de individuele verzekerde over zijn/haar zorgvraag als informatie over het ten behoeve van hem/haar uitgevoerde behandeltraject door de zorgaanbieder.

Daartoe verrichten de zorgverzekeraars formele en materiële controles. In artikel 87 van de Zvw en hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering is geregeld in welke situaties de zorgverzekeraar persoonsgegevens – waaronder gegevens over de gezondheid – die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of Zvw mag gebruiken voor het verrichten van formele controle dan wel materiële controle.

Zorginkoop

- 5.4 Zorgverzekeraars hebben een zorgplicht tegenover hun verzekerden. Die zorgplicht verplicht zorgverzekeraars zich er van te vergewissen dat zij hun verzekerden de zorg kunnen leveren waarop zij op grond van hun verzekeringspolis recht hebben als het verzekerd risico zich voordoet. Zorgverzekeraars kunnen voldoen aan de zorgplicht door voldoende zorg in te kopen en deze aan te bieden in een naturapolis. De zorgverzekeraar wil daarbij inhoudelijk sturen op gepast gebruik en doelmatige zorginzet door de aanbieder. Om voldoende zorg in te kunnen kopen, moeten zorgverzekeraars zicht hebben op de te verwachten ziektelast of zorgzwaarte van de verzekerden die mogelijk gebruik zullen maken van de zorg van een specifieke aanbieder. Immers, als een specifieke zorgaanbieder veel patiënten met zware psychiatrische problematiek behandelt, moet de zorgverzekeraar meer zorg per patiënt bij deze aanbieder inkopen dan bij een aanbieder die vooral patiënten met lichte problematiek behandelt.

Naast de zorgvraagzwaarte-indicatie geeft de diagnose een indicatie van de ziektelast en daarmee van de aard en het volume van de door de aanbieder te leveren zorg. De diagnosehoofdgroep is daarmee een belangrijk element bij de zorginkoop.

Als de in te kopen zorg bij zorgaanbieders te vatten zou zijn in één uniform product, zou de verzekeraar mede op basis van het aantal declaraties een idee van de behoefte aan die zorg van zijn verzekerden krijgen en kan hij daarmee rekening houden bij de volgende zorginkoop. In dat geval zou volstaan kunnen worden met een zodanige declaratie dat die geen extra inbreuk op de privacy van patiënt maakt. Dat is bij het zorgprestatie-model echter niet aan de orde omdat de prestaties naar inhoud en kosten te veel van elkaar verschillen.

Als de in te kopen zorg bij zorgaanbieders geen uniform product is, maar uit meerdere producten bestaat (zoals in het zorgprestatie-model), dan moet de verzekeraar op basis van de declaraties voor de verschillende producten een beeld krijgen van de verschillende behoeften aan zorg van zijn verzekerden, om daarmee naar deze verschillende behoeften van de verzekerden zorg in te kopen. Het is dus vooral de differentiatie in aard, inhoud en omvang van de zorg of diensten, omschreven in het wettelijk verzekerd pakket, die bepaalt in welke mate de zorg en diensten die zorgaanbieders leveren of kunnen leveren noodzaken tot een bekostigingsmodel met verschillende prestaties en onderscheidende informatie over de zorgvraag om daarmee uiteindelijk iedere verzekerde voldoende garantie te geven dat de zorg waaraan behoefte bestaat door zijn of haar zorgverzekeraar kan worden ingekocht. De diagnosehoofdgroep biedt deze informatie in het zorgprestatie-model.

6 Grondslagen voor het verwerken van de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau

- 6.1 Artikel 87 Zvw voorziet in een wettelijke regeling voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders moeten de persoonsgegevens aan de verzekerden, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zvw verstrekken aan de zorgverzekeraar. Artikel 87, eerste lid van de Zvw vormt daarmee een wettelijke grondslag voor de gegevensverwerking en doorbrekingsgrond als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, aanhef en onder c) en artikel 9, tweede lid, aanhef en onder h) van de AVG en artikel 30, derde lid, van de Uitvoeringswet AVG. Het uitvoeren van de individuele verzekeringsovereenkomst met de verzekerde biedt de verzekeraar een grondslag voor het verwerken van deze gegevens als bedoeld in de artikelen 6, eerste lid, aanhef en onder b) en artikel 9, tweede lid, aanhef en onder b) van de AVG. Het artikel voorziet daarnaast met een wettelijke verplichting voor de zorgaanbieder in een wettelijke grondslag voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim.
- 6.2 Bij ministeriële regeling kan de minister van VWS op grond van artikel 87 lid 6 Zvw een aantal aspecten van de gegevensverstrekking nader regelen. In hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering heeft de minister van VWS hieraan invulling gegeven. In de Regeling zorgverzekering zijn tevens de doelen voor verdere gegevensverwerking uitgewerkt. Ook is in hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering geregeld over welke persoonsgegevens de zorgverzekeraar kan beschikken en wat de positie is van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Deze positie is verder geborgd in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.

7 Doeleinden en grondslagen voorschrijven DSM-diagnoseclassificatie door de NZa

- 7.1 De NZa is op grond van artikel 16 van de Wmg verantwoordelijk voor de tarief- en prestatieregulering. Daarbij hoort ook de keuze voor een te hanteren bekostigingsmodel. Daarnaast is de NZa op grond van diezelfde Wmg verantwoordelijk voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van wat bij of krachtens de Zvw is geregeld en stelt de NZa nadere regels van administratief-technische aard aan zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Op grond van artikel 38 lid 3 sub b van de Wmg kan de NZa nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende declaraties. Ter uitvoering hiervan en van de artikelen 27, 36 en 37 van de Wmg heeft de NZa de Regeling Gespecialiseerde Geestelijke Gezondheidszorg gepubliceerd. Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de gespecialiseerde ggz op het gebied van registratie, declaratie, informatie en validatie, die zorgaanbieders in acht moeten nemen bij én voorafgaand aan het declareren van dbc's, zzp's ggz en overige zorgprestaties. Dit onder meer ten behoeve van de controle door zorgverzekeraars, het verplicht voeren van een goede administratie als onderdeel van een goede uitoefening van beroep en bedrijf van zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars en een goed lopend declaratie- en betalingsverkeer. In hoofdstuk 5 van die regeling is voorgeschreven dat onder meer diagnose-informatie op de factuur moet worden vermeld.

8 Noodzaak van het verwerken van de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau

Controle en risicoanalyse voor controletaak

- 8.1 De ggz-aanspraken op de Zvw zijn omschreven in termen van de DSM-classificatie, wat betekent dat verzekerden slechts recht op zorg hebben volgens de Zvw als de behandelaar een DSM-stoornis vaststelt. Ook moet zijn voldaan aan de voorwaarden van gepast gebruik en moet kunnen worden afgeleid of de patiënt op die zorg was aangewezen, gelet op zijn gezondheidstoestand.
- 8.2 Beoordelen of de patiënt daadwerkelijk was aangewezen op de betreffende zorg, gelet op diens gezondheidstoestand, kan alleen als de zorgverzekeraar beschikt over zowel informatie van de individuele verzekerde over de zorgvraag als informatie over het ten behoeve van de patiënt uitgevoerde behandeltraject door de zorgaanbieder. Op basis van gefragmenteerde informatie van alleen de geleverde behandeling zou het voor de zorgverzekeraar onmogelijk zijn te beoordelen of de patiënt op deze zorg was aangewezen gelet op zijn gezondheidstoestand. Vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie is voor de zorgverzekeraar minimaal nodig om uit de gedeclareerde prestatie af te leiden voor welke zorgvraag de betreffende prestatie noodzakelijk is. Zonder de diagnose-informatie zijn declaraties enkel naar behandelaar, duur en zorgtraject te onderscheiden. Voor de verzekeraar blijft er dan onvoldoende onderscheidende informatie over, waardoor de mogelijkheid tot het maken van een zinvolle vergelijking in de risicoanalyse grotendeels wegvalt. De diagnosehoofdgroep vormt daarom een essentiële schakel in de controlemogelijkheden van de zorgverzekeraar.
- 8.3 Voor het inrichten van een adequate controle op gepast gebruik dient de zorgverzekeraar in ieder geval te beschikken over de diagnosehoofdgroep per declaratie. De diagnosehoofdgroep wordt gebruikt om de controle te specificeren. Door deze informatie af te zetten tegen de gedeclareerde prestaties, verfijnen zorgverzekeraars hun controle en wordt voorkomen dat onnodig gegevens van

verzekerden bij zorgaanbieders worden opgevraagd. Zorgverzekeraars voeren de controle uit over die declaratieregels, waarbij de kans groter is dat een specifiek risico zich voordoet en zodat declaratieregels met een bepaalde hoofdgroepdiagnose waar dat niet het geval is op voorhand van controle kunnen worden uitgesloten. Ook is met deze controle in te schatten of de bestede tijd aan diagnostiek, de lengte van consulten en het aantal consulten strookt met de verwachting bij die diagnosehoofdgroep. Tot slot is te zien of de inzet van een specifieke regiebehandelaar, zoals de verslavingsarts, logisch is bij deze diagnosehoofdgroep.

- 8.4 Met alleen geaggregeerde informatie is deze risico inschatting niet te maken, waardoor structureel veel handmatige dossiercontroles nodig zouden zijn. Deze menselijke controle in volledige patiëntendossiers zou qua privacy ingrijpender zijn dan een controle op een gecodeerde diagnosehoofdgroep.
- 8.5 Een adequaat systeem van risicoverevening is gebaat bij adequate controlemogelijkheden voor zorgverzekeraars voor in rekening gebrachte declaraties. Is de vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie noodzakelijk voor de controle door zorgverzekeraars op gepast gebruik dan is de vermelding van de diagnosehoofdgroep ook noodzakelijk voor de aanlevering door de zorgaanbieders van de gecontroleerde en betaalde schadelastcijfers in het kader van de risicoverevening.

Zorginkoop

- 8.6 Om het in te kopen zorgaanbod te laten aansluiten op de zorgvraag streven zorgverzekeraars naar aansluiting op diagnosehoofdgroep-niveau. Het zorgaanbod per diagnosehoofdgroep is niet onderling substitueerbaar. Dat betekent dat het beschikbare aanbod van behandeling voor de ene diagnose niet kan worden ingezet voor de behandeling van een andere diagnose: depressiebehandelingen verschillen van de behandeling van een psychose. Door differentiatie op diagnosehoofdgroep sluiten zorgverzekeraars de inkoop zo goed mogelijk aan op de zorgvraag van de verzekerden.
- 8.7 De diagnosehoofdgroep geeft een indicatie van de ziektelast en daarmee van de aard en het volume van de zorg en is daarmee ook een belangrijk element bij de zorginkoop. Zonder de diagnosehoofdgroep kan die aansluiting niet gemaakt worden: voor zorgverzekeraars is dan niet zichtbaar of voldoende relevante capaciteit is ingekocht en aan de zorgplicht is voldaan. De met zorgaanbieders gemaakte afspraken kunnen niet goed worden gemonitord. Ook kan niet op tijd worden bijgestuurd in het geval van oplopende wachttijden voor bepaalde diagnosehoofdgroepen en de bemiddeling met zorgaanbieders ten aanzien van wachtlijsten wordt bemoeilijkt. Dat klemmt in het bijzonder wanneer het kwetsbare groepen betreft die direct hulp nodig hebben.
- 8.8 Zorgverzekeraars kopen de zorg voor sommige indicaties bovendien selectief in bij bepaalde aanbieders. Met selectieve inkoop wordt bedoeld het selecteren van zorgaanbieders voor de verzekerde. Die selectie kan betekenen dat een zorgaanbieder die niet voldoet aan gekozen criteria niet wordt ingekocht, dat er van een bepaalde behandeling minder wordt ingekocht en/of dat verzekerden worden geprikkeld om elders de zorg te gebruiken. Sommige zorgverzekeraars kopen bijvoorbeeld zware zorg, waarvoor een multidisciplinaire aanpak nodig is, niet in bij vrijgevestigden.
Zonder de vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie kunnen zorgverzekeraars niet zien of een zorgaanbieder zorg heeft verleend dan wel in rekening brengt, die de zorgverzekeraar bij de betreffende zorgaanbieder heeft

ingekocht. Om de hoogte van de vergoeding te kunnen bepalen is het voor de zorgverzekeraar van belang om te weten in het kader van welke diagnosehoofdgroep een behandeling is verricht. Als de zorgverzekeraar de zorg voor die diagnosehoofdgroep niet heeft ingekocht, zal een ander vergoedingspercentage gelden.

Het gebruik van de DSM-diagnose (in dit geval alleen op hoofdgroepniveau) is in lijn met de werkwijze van het Zorginstituut Nederland, dat de indeling naar DSM gebruikt voor de pakketafbakening. De DSM is leidend in de klinische praktijk en de duidingen van het Zorginstituut Nederland over wat wel of niet verzekerde geestelijke gezondheidszorg is, zijn in termen van de DSM.

Gelet op het voorgaande moet de zorgverzekeraar bij selectieve zorginkoop kunnen controleren of de geleverde zorg binnen het contract valt. Hiervoor is de vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie nodig.

9 Proportionaliteit

- 9.1 Het is voor zorgverzekeraars niet nodig om de precieze diagnose of DSM-classificatie van patiënten te weten. Voor het uitvoeren van de taken van zorgverzekeraars is de diagnosehoofdgroep voldoende onderscheidend. Indien de zorgverzekeraars niet meer over de diagnosehoofdgroep beschikken, zullen zij eerder en op veel grotere schaal dan nu het geval is het instrument detailcontrole moeten inzetten om aan de wettelijke controletaak te voldoen, hetgeen een voor de privacy van de verzekerde meer belastende wijze van controle is doordat in dat geval de patiëntendossiers worden bezien. De diagnosehoofdgroep vormt daarom een schakel in de waarborgen om de controle zo privacy-vriendelijk en proportioneel mogelijk te laten verlopen.
- 9.2 Op verzoek van MIND, koepelorganisatie van cliënt- en familieorganisaties in de ggz, zal de diagnosehoofdgroep op numerieke wijze (gecodeerd) op de factuur komen te staan. Dit is minder confronterend voor patiënten die hun factuur lezen.
- 9.3 De opt-out regeling zal in de nieuwe bekostiging van toepassing blijven. De opt-out regeling houdt in dat een patiënt en de zorgaanbieder beide een privacyverklaring ondertekenen welke wordt toegezonden aan de zorgverzekeraar, waarna de behandelaar declaraties kan indienen bij de zorgverzekeraar van de patiënt zonder daarop informatie te vermelden die verwijst naar de diagnose. In het geval van een materiële controle, vindt controle op deze declaraties plaats op individuele basis door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

10 Subsidiariteit

- 10.1 Individuele diagnose informatie is nodig, omdat geaggregeerde diagnose-informatie onvoldoende informatie biedt voor de risicoanalyse van verzekeraars om te beoordelen of de individuele verzekerde patiënt daadwerkelijk was aangewezen op de betreffende zorg, gelet op diens gezondheidstoestand. Geaggregeerde informatie is niet te koppelen aan bijvoorbeeld medicijngebruik, leeftijd of postcodegebied, waardoor de voorspellende waarde laag is. Dit zou betekenen dat meer privacy belastende structurele individuele handmatige dossiercontroles nodig zijn die – ook vanuit subsidiariteitsoogpunt – onwenselijker zouden zijn dan de standaardcontrole op hoofdgroepdiagnoseniveau. De diagnosehoofdgroep is de minimale informatie die nodig is om te weten voor welke zorgvraag een prestatie noodzakelijk is.
- 10.2 De NZa heeft gekeken naar de volgende mogelijke alternatieven.

- 10.3 De routing van de zorgvraagwaarte-indicator, die verzekeraars via een *trusted third party* geaggregeerd binnenkrijgen, voldoet niet zoals die nu is, omdat geaggregeerde diagnose-informatie onvoldoende informatie biedt voor de risicoanalyse van verzekeraars om te beoordelen of de individuele verzekerde patiënt daadwerkelijk was aangewezen op de betreffende zorg, gelet op diens gezondheidstoestand. Zonder diagnose-informatie zijn declaraties alleen naar behandelaar, duur en zorgtraject te onderscheiden. Voor de verzekeraar is dit onvoldoende onderscheidende informatie, waardoor er nauwelijks mogelijkheid is tot het maken van een zinvolle vergelijking in de risicoanalyse.
- 10.4 Veldpartijen werken aan een andere invulling van de zorgvraagtypering die meer voorspellende kracht heeft dan alleen de DSM diagnosehoofdgroep. In dat kader is onlangs een experiment afgerond met het zogenoemde zorgclustermodel. De definitieve evaluatie van de pilots met het zorgclustermodel is nog niet afgerond. Daarop kan thans niet worden gewacht met het verbeteren van de bekostiging binnen de ggz, zoals benoemd in paragraaf 1.2. Partijen zijn nog in gesprek over de invulling van de zorgvraagtypering in de toekomst en of het zogenoemde zorgclustermodel hierin een rol kan spelen. Hierdoor is nog niet duidelijk of en, zo ja, op welke termijn het zorgclustermodel als alternatief voor de DSM-diagnosehoofdgroep kan gaan functioneren. Totdat een nieuwe invulling van de zorgvraagtypering wordt gevonden dienen de persoonsgegevens die op dit moment invulling geven aan de zorgvraagtypering vooralsnog vermeld te blijven op de factuur om voornoemde problematiek in relatie tot de controle en de zorginkoop het hoofd te bieden.

11 Maatregelen ter mitigering van mogelijke privacyrisico's

- 11.1 Het feit dat iedere verzekerde ervoor kan kiezen de diagnosehoofdgroep niet op de declaratie te laten vermelden, mitigeert het privacy risico, omdat een verzekerde hierdoor altijd de individuele keuze kan maken de diagnosehoofdgroep niet op de declaratie te laten vermelden.
- 11.2 Zorgverzekeraars geven aan de hand van gedetailleerde regels invulling aan hun verantwoordelijkheid voor een verantwoorde verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Zie bijvoorbeeld de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars.³ Deze regels zien onder meer op:
- de functionele eenheid waartoe medewerkers behoren die persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerken;
 - de rol, de onafhankelijke positie en de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur van de zorgverzekeraar;
 - nadere detaillering van de regels die zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid;
 - de geheimhouding en autorisatie van medewerkers;
 - de verwerking van papieren declaraties.

³ <https://zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=4525195285>

PELS RIJCKEN

voor Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
van Pels Rijcken; Elisabeth Pietermaat, Marte van Graafeiland en Frank van Tienen
datum 15 juli 2019
inzake Onderbouwing voor het behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep op de declaratie
zaaknr 11011156

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hebben ons verzocht een onderbouwing te geven voor het behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep op de declaratie. Met het oog op die vraag is onderstaand argumentatief stuk opgesteld. In dit stuk dragen wij de argumenten aan die pleiten vóór het behoud van de DSM-diagnosehoofdgroep op de declaratie.

1 Inleiding

- 1.1 Op dit moment wordt een nieuwe bekostigingsmethodiek ontwikkeld voor de generalistische basis ggz (gb-ggz), gespecialiseerde ggz (g-ggz) en forensische zorg (fz): het 'zorgprestatie-model'.¹ Het zorgprestatie-model is een vorm van prestatiebekostiging op basis van activiteiten (consulten) en verblijfsdagen. De huidige diagnose-behandelcombinaties (dbc's), zorgzwaartepakketten (zzp's) en diagnose-behandel-beveiligcombinaties (dbbc's) zullen worden vervangen door prestaties uit het zorgprestatie-model. Met dit nieuwe bekostigingsstelsel worden veel van de problemen met de huidige bekostiging opgelost.²
- 1.2 Het zorgprestatie-model kent vier typen prestaties: consulten, verblijfsprestaties, toeslagen en overige prestaties. De behandeling en geneeskundige begeleiding zijn ondergebracht in een consultenstructuur. Onder meer de duur van een consult, de betrokken behandelaar (beroep) en of het gaat om een individuele of groepsbehandeling, zijn in het zorgprestatie-model bepalend voor de te declareren prestatie.³

¹ Advies zorgprestatie-model ggz en fz, 30 april 2019.

² Advies zorgprestatie-model ggz en fz, 30 april 2019, p. 18 - 30.

³ Advies zorgprestatie-model ggz en fz, 30 april 2019, p. 34.

- 1.3 In de huidige bekostiging zijn de prestaties ingedeeld op basis van de DSM-diagnoseclassificatie op hoofdgroepniveau (diagnosehoofdgroep).⁴ Onder de huidige bekostiging maakt de diagnosehoofdgroep deel uit van de prestatie(beschrijving). Mede om die reden is de diagnosehoofdgroep op een declaratie (automatisch) zichtbaar voor de zorgverzekeraars.
- 1.4 De diagnosehoofdgroep dient in het nieuwe bekostigingsstelsel op de declaratie behouden te blijven. Het is noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering en zorgverzekeringwet (Zvw) dat zorgverzekeraars over de diagnosehoofdgroep (blijven) beschikken. De informatie is nodig voor de uitvoering van de in de Zvw genoemde taken op het gebied van onder meer controle, risicoverevening en zorginkoop. Ook voor de werking van het zorgverzekeringstelsel als geheel is het van groot belang dat zorgverzekeraars over de diagnosehoofdgroep blijven beschikken. Het gebruik van andere informatie volstaat niet voor de adequate uitvoering van de wettelijke taken. Er zijn geen bruikbare alternatieven voorhanden. De verwerking van diagnosehoofdgroep door zorgverzekeraars voldoet – met andere woorden – aan de privacyrechtelijke eisen die voor een dergelijke verwerking gelden:
- Wettelijke grondslag: artikel 87 Zvw biedt een wettelijke grondslag voor de gegevensverwerking;
 - Noodzakelijkheid: de diagnosehoofdgroep op de declaratie is noodzakelijk met het oog op een legitiem doel, namelijk de uitvoering van de zorgverzekering en Zvw;
 - Proportionaliteit: de inbreuk op de belangen van de verzekerde is niet onevenredig in verhouding tot het met de verwerking te dienen doel;
 - Subsidiariteit: het doel kan in redelijkheid niet op een andere, voor de verzekerde minder nadelige wijze worden verwezenlijkt.
- 1.5 In dit stuk wordt de noodzaak van het behoud van de diagnosehoofdgroep op de declaratie verder toegelicht. Allereerst wordt stil gestaan bij de grondslag in de Zvw en aanverwante regelingen voor het verwerken van medische gegevens van verzekerden (paragraaf 2). Daarna wordt toegelicht dat de individuele aanspraak het uitgangspunt vormt van de Zvw en dat daaruit volgt dat verzekeraars over informatie dienen te beschikken op het niveau van de individuele verzekerde (paragraaf 3). Vervolgens wordt per onderwerp besproken waarom vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie noodzakelijk is, wat de gevolgen zouden zijn als zorgverzekeraars niet over die informatie zouden beschikken en dat er geen meer privacy-vriendelijke alternatieven voorhanden zijn:

⁴ Bijvoorbeeld de prestaties: '048 Delirium dementie en overig - vanaf 1.800 tot en met 2.999 minuten', '067 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen - vanaf 3.000 tot en met 5.999 minuten' of '052 Alcohol - vanaf 800 tot en met 1.799 minuten'.

- Noodzaak voor de controle (paragraaf 4);
- Noodzaak voor de risicoverevening (paragraaf 5);
- Noodzaak voor de zorginkoop (paragraaf 6);
- Noodzaak voor de machtiging (paragraaf 7).

1.6 Aan het slot staan wordt stilgestaan bij een aantal bijkomende omstandigheden die eraan bijdragen dat de vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie proportioneel is (paragraaf 8).

2 Grondslag voor het verwerken van de diagnosehoofdgroep

2.1 Artikel 87 Zvw voorziet in een wettelijke regeling voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens door zorgverzekeraars. Zorgaanbieders moeten de persoonsgegevens van de verzekerden, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die *noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zorgverzekeringswet* verstrekken aan de zorgverzekeraar.

2.2 Artikel 87 Zvw vormt aldus een wettelijke grondslag en doorbrekingsgrond in de zin van artikel 6 resp. 9 AVG en artikel 8 EVRM voor gegevensverwerking. Het artikel voorziet daarnaast in een grond voor doorbreking van het medisch beroepsgeheim.

2.3 Bij ministeriële regeling kan de minister van VWS op grond van artikel 87 lid 6 Zvw een aantal aspecten van de gegevensverstrekking nader regelen:

- de gegevens die 'in ieder geval' moeten worden verstrekt;
- de wijze van gegevensverstrekking;
- technische standaarden en beveiligingseisen; en
- doelen waarvoor de gegevens verder mogen worden verwerkt.

2.4 De doelen waarvoor gegevens verder mogen worden verwerkt zijn:

- 1°. de betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde;
- 2°. de vaststelling van eigen bijdragen of nog openstaand verplicht of vrijwillig eigen risico;
- 3°. het uitoefenen van het verhaalsrecht; of
- 4°. het verrichten van controle of fraudeonderzoek.

2.5 In hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (Rzv) heeft de minister van VWS deze aspecten nader geregeld. In de Rzv zijn tevens de doelen voor (verdere) gegevensverwerking uitgewerkt. De gegevens mogen worden gebruikt voor het uitoefenen van verhaalsrecht en daarnaast voor het verrichten van formele en materiële controle ten behoeve van:

- de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder of de geheel of gedeeltelijke vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde;
- de vaststelling van eigen bijdragen of het verplicht of vrijwillig eigen risico;
- het uitoefenen van het verhaalsrecht; of
- het verrichten van fraudeonderzoek.

2.6 In hoofdstuk 7 Rzv is verder geregeld over welke persoonsgegevens de zorgverzekeraar kan beschikken. Het gaat om de volgende gegevens:⁵

- a. naam, adres, postcode en woonplaats,
- b. polisnummer, BSN, geslacht en geboortedatum,
- c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie,
- d. wanneer de prestatie is geleverd,
- e. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief,
- f. de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt,
- g. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde,
- h. het bank- of girorekeningnummer en
- i. overige gegevens die noodzakelijk zijn voor het verrichten van materiële controle dan wel fraudeonderzoek.

2.7 In de huidige bekostiging is de diagnosehoofdgroep zichtbaar op de declaratie, onder meer omdat deze onderdeel uitmaakt van de prestatiebeschrijving. De verwerking van deze informatie door zorgverzekeraars is met veel waarborgen omgeven.⁶ Bovendien heeft in de GGZ iedere verzekerde de mogelijkheid om door middel van een privacyverklaring (ook wel: 'opt-out'-regeling) gezamenlijk met de betrokken zorgaanbieder aan te geven dat er vanuit een oogpunt van bescherming van de persoonlijke levenssfeer bezwaar tegen bestaat dat de diagnosehoofdgroep op de declaratie wordt vermeld.⁷ De diagnosehoofdgroep staat in dat geval niet op de declaratie. Deze uitzondering is ook van toepassing als de cliënt aan de zorgaanbieder te kennen geeft de declaratie zelf te zullen betalen, althans deze niet ter betaling bij zijn zorgverzekeraar zal aanbieden. Naar verwachting zullen deze waarborgen in het zorgprestatiemodel blijven bestaan.⁸

2.8 Zorgverzekeraars verwerken in de huidige situatie de diagnosehoofdgroep op rechtmatige basis voor diverse taken die met het oog op de uitvoering van de

⁵ Artikel 7.2 Rzv.

⁶ In de Regeling zorgverzekering worden eisen gesteld aan de (verdere) verwerking. In het Protocol materiële controle, de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en de Uniforme Maatregel 06: Privacy afhandeling declaraties zijn de eisen door de zorgverzekeraars nader ingevuld.

⁷ Bijlage 5 van de Regeling gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg (NR/REG-1927) bevat de privacyverklaring die verzekerde en zorgaanbieder gezamenlijk kunnen ondertekenen.

⁸ Advies zorgprestatiemodel ggz en fz, 30 april 2019, p. 40.

zorgverzekering en Zvw noodzakelijk zijn. Reeds daaruit volgt dat onder de nieuwe bekostiging de diagnosehoofdgroep rechtmatig op de declaratie kan blijven staan.

3 Individuele aanspraak op grond van de Zvw

3.1 De individuele aanspraak van de verzekerde vormt het uitgangspunt van de Zvw. In Nederland is gekozen voor een verzekeringssysteem om het risico van ziektekosten te verzekeren op het niveau van individuele personen.

3.2 Als gevolg van de individuele aanspraak dient de zorgverzekeraar op het niveau van de individuele verzekerde te controleren of sprake is van rechtmatige zorg. De zorgverzekeraar moet vaststellen dat er een (strikte) relatie bestaat tussen:

- de prestatie waarop de individuele verzekerde gelet op zijn gezondheidstoestand (het meest) is aangewezen;
- de prestatie waarvoor de individuele verzekerde is verzekerd;
- de aan de individuele verzekerde door een zorgaanbieder geleverde prestatie en het daarvoor in rekening gebrachte tarief; en
- het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de individuele verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie.

3.3 De controle op het bestaan van deze (strikte) relatie is bij de zorgverzekeraars belegd. Als de zorgverzekeraar deze (strikte) relatie niet kan vaststellen, kan het risico niet ten laste van de zorgverzekering worden gebracht. De keuze voor deze inrichting van het zorgverzekeringstelsel brengt (onvermijdelijk) met zich mee dat zorgverzekeraars enige mate van inzicht (moeten) krijgen in medische gegevens van verzekerden.

3.4 De individuele aanspraak en verplichting voor de zorgverzekeraar om deze te toetsen, volgt uit de Zvw. Artikel 10 Zvw omschrijft het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico.⁹ De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede 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.¹⁰ Wat onder goede zorg wordt verstaan, is onder meer vastgelegd in zorgstandaarden.¹¹ Uit de Zvw volgt dat:

- de zorg moet voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk (effectieve zorg / stand van de wetenschap en praktijk); en
- de verzekerde redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de zorg (medische noodzaak / redelijkerwijs aangewezen).

⁹ Dat is onder meer de behoefte aan geneeskundige zorg. Op grond van artikel 10 en 11 lid 1 Zvw en artikel 2.4 Besluit Zorgverzekering omvat de verzekerde zorg onder meer zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten en klinisch-psychologen die plegen te bieden. Op grond van artikel 2.4 lid 2 Besluit zorgverzekering kunnen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden uitgezonderd.

¹⁰ Artikel 2.1 lid 2 Besluit zorgverzekering.

¹¹ Artikel 2 lid 2 Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en artikel 1 onderdeel z Zvw.

- 3.5 Samen wordt dit gepast gebruik genoemd. Feitelijk betekent gepast gebruik dat wanneer zorg wordt geleverd deze zorg voldoende bewezen effectief moet zijn en alleen mag worden geleverd aan patiënten die deze zorg ook echt nodig hebben. Gepast gebruik staat dus beschreven in de Zorgverzekeringswet, is onderdeel van het Model Kwaliteitsstatuut¹² en vindt haar uitwerking in de zorgstandaarden.
- 3.6 Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om met voldoende mate van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid vast te kunnen stellen dat:
- De gedeclareerde zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk is geleverd; en
 - De verzekerde redelijkerwijs op die zorg was aangewezen.
- 3.7 De vaststelling of sprake is van gepast gebruik geschiedt op basis van zorginhoudelijke criteria op individueel patiëntniveau. Voor het inrichten van een adequate controle op gepast gebruik dient de zorgverzekeraar als gevolg in ieder geval te beschikken over de diagnosehoofdgroep per declaratie.
- 3.8 Het feit dat het zorgverzekeringsstelsel en de Zvw uitgaan van de individuele aanspraak van de verzekerde op zorg leidt er dus toe dat de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de op grond van de Zvw aan hen toebedeelde taken (tenminste) over de diagnosehoofdgroep op de declaratie moeten beschikken. Dit wordt hierna per wettelijke taak toegelicht.

4 Noodzakelijk voor de controle

- 4.1 Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om de zorg te controleren. De zorg moet op een juiste wijze zijn geregistreerd en gedeclareerd en aan de indicatievoorwaarden voldoen. Ook moet zijn voldaan aan de voorwaarden van gepast gebruik. Daartoe verrichten de zorgverzekeraars formele en materiële controles.

Formele controle

- 4.2 Onder formele controle wordt verstaan een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat:
1. of de prestatie is verleend aan een persoon die bij de zorgverzekeraar verzekerd is,
 2. of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket,
 3. of de zorgaanbieder bevoegd is de prestatie te verlenen; en

¹² AdviesTaskforce Gepast Gebruik ggz, 28 maart 2019.

4. of voor de gedeclareerde prestatie het juiste bedrag in rekening is gebracht dat krachtens de Wmg is vastgesteld of dat met de zorgaanbieder is overeengekomen.¹³

- 4.3 Formele controle is gericht op de naleving van de beleidsregels en nadere regels van de NZa. Deze vorm van controle vindt veelal geautomatiseerd plaats vóór betaling van de declaratie, maar wordt in de praktijk ook wel achteraf, na betaling van de declaratie, verricht.¹⁴

Materiële controle

- 4.4 Onder materiële controle wordt verstaan een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de gedeclareerde prestatie echt geleverd is en of die prestatie gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde het meest was aangewezen.¹⁵ Ten behoeve van de materiële controle kan de zorgverzekeraar onderzoek doen naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot verzekerden (detailcontrole).¹⁶ Onder de detailcontrole vallen verschillende controle-instrumenten.¹⁷ De detailcontrole kan in het uiterste geval ook inzage door de zorgverzekeraar in het medisch dossier van de verzekerde omvatten.

Risicoanalyse

- 4.5 De zorgverzekeraar moet de controle baseren op een algemene risicoanalyse en een algemeen controleplan.¹⁸ De algemene risicoanalyse is een analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens de materiële controle of het fraudeonderzoek zich zal richten.¹⁹ De stap naar een gedetailleerde controle mag uitsluitend plaatsvinden als uit de bevindingen van het uitgevoerde algemene controleplan blijkt dat het controledoel niet is bereikt of wanneer er andere signalen zijn dat er toch sprake is van onvoldoende zekerheid. In dat geval wordt een specifieke risicoanalyse uitgevoerd en specifiek controleplan opgesteld.²⁰ Een specifieke risicoanalyse is erop gericht te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieders of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten.²¹ De zorgverzekeraar voert geen detailcontrole uit, dan nadat aan al deze voorwaarden is voldaan.
- 4.6 De materiële controle is erop gericht zorgverzekeraars in staat te stellen hun wettelijke controletaak adequaat uit te voeren én de persoonlijke levenssfeer van verzekerden zo min mogelijk te belasten. De algemene en specifieke risicoanalyse zijn daarbij

¹³ Artikel 1 lid 1 aanhef en onder t Rzv.

¹⁴ AdviesTaskforce Gepast Gebruik ggz, 28 maart 2019, p. 13 – 14.

¹⁵ Artikel 1 lid 1 aanhef en onder u Rzv.

¹⁶ Artikel 1 onder x Rzv.

¹⁷ 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 en steekproeven met inzage in het medisch dossier.

¹⁸ Artikel 7.6 Rzv.

¹⁹ Artikel 1 onder y Rzv.

²⁰ Artikel 7.8 Rzv en Protocol materiële controle. p. 22.

²¹ Artikel 1 onder z Rzv.

bepalend. Door risicoanalyses te verrichten, wordt de (latere) inzet van detailcontroles vermeden. In veel gevallen leidt dat ertoe dat een detailcontrole niet meer nodig is om vast te stellen of bij de levering van de zorg aan de eisen uit de Zvw is voldaan. Het gebruik van risicoanalyses zorgt ervoor dat iedere stap in de materiële controle niet verder gaat dan noodzakelijk en proportioneel is.

Diagnosehoofdgroep noodzakelijk voor risicoanalyse

- 4.7 Voor de uitvoering van de risicoanalyses is het noodzakelijk dat zorgverzekeraars beschikken over de diagnosehoofdgroep per declaratie. De diagnosehoofdgroep is de onderscheidende informatie aan de hand waarvan zorgverzekeraars de analyse uitvoeren. Zoals hiervoor in paragraaf 3 is toegelicht, hebben de eisen waaraan de zorgverzekeraars de geleverde zorg op grond van de Zvw moeten toetsen ook betrekking op de inhoud van de zorg. Om bijvoorbeeld te kunnen bepalen of sprake is van gepast gebruik, moet de zorgverzekeraar enig inzicht hebben in de zorgvraag (diagnose) van de verzekerde.
- 4.8 Aangezien zorgverzekeraars niet over de primaire diagnose beschikken, maken zij onder de huidige bekostiging gebruik van de diagnosehoofdgroep die op de declaratie staat vermeld. Onder de nieuwe bekostiging zou het zonder vermelding van de diagnosehoofdgroep op de declaratie voor de zorgverzekeraar niet mogelijk zijn om uit de productstructuur en uit de gedeclareerde prestaties af te leiden voor welke zorg(vraag) de betreffende prestatie noodzakelijk is. Het ontbreekt de zorgverzekeraar in dat geval aan mogelijkheden om na te gaan of de duur en/of aard van de behandeling in overeenstemming is met de gezondheidstoestand van de patiënt.
- 4.9 De diagnosehoofdgroep wordt gebruikt om de controle te specificeren. Door deze informatie af te zetten tegen de gedeclareerde prestaties, verfijnen zorgverzekeraars hun controle en wordt voorkomen dat onnodig gegevens van verzekerden worden opgevraagd. Zorgverzekeraars proberen de controle uit te voeren over die declaratieregels waarbij de kans groter is dat een specifiek risico zich voordoet en declaratieregels met een bepaalde hoofdroepdiagnose kunnen juist op voorhand worden uitgesloten.
- 4.10 Zonder de diagnose-informatie zijn de declaraties dan nog enkel naar behandelaar, duur en zorgtraject te onderscheiden. Voor de verzekeraar blijft er dan onvoldoende onderscheidende informatie over, waardoor de mogelijkheid tot het maken van een zinvolle vergelijking in de risicoanalyse grotendeels wegvalt. De diagnosehoofdgroep vormt daarom een essentiële schakel in de controlemogelijkheden van de zorgverzekeraar en in de waarborgen om de controle zo privacy-vriendelijk mogelijk te laten verlopen. Indien de zorgverzekeraars niet meer over de diagnosehoofdgroep beschikken, zullen zij eerder en op veel grotere schaal dan nu het geval is het instrument detailcontrole moeten inzetten om aan de wettelijke controletaak te

voldoen, en een detailcontrole is een voor de privacy van de verzekerde meer belastende wijze van controle.

In dit verband zij er ook op gewezen dat de AP eerder heeft aangegeven dat in de GGZ niet in alle gevallen iedere vorm van vermelding van diagnose-informatie op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar kan worden vermeden. Gegevensverstrekking is van belang voor het naar behoren (kunnen) uitvoeren van de taken die aan zorgverzekeraars zijn toebedeeld ter zake van de doelmatige zorginkoop en controle van de rechtmatigheid en doelmatigheid van gedeclareerde zorg.²² Er kunnen knelpunten en dilemma's ontstaan als zorgverzekeraars over onvoldoende informatie beschikken om die (controle-)taken naar behoren te (kunnen) vervullen.²³ De AP heeft de onwenselijkheid onderkend van een situatie waarin zorgverzekeraars vanwege een gebrek aan noodzakelijke informatie, structureel en ten aanzien van grote aantallen declaraties, het instrument detailcontrole inzetten. Dit in de vorm van het opvragen van nadere informatie over de behandeling van individuele verzekerden dan wel het inzien van dossiers bij hulpverleners. Als zorgverzekeraars hiervan zouden afzien, zouden zij hun taak inzake controle van rechtmatigheid en doelmatigheid van declaraties niet naar behoren uitvoeren.²⁴

- 4.11 Daar komt bij dat zorgverzekeraars ook niet aan hun wettelijke taak zouden kunnen voldoen wanneer zij uitsluitend op de detailcontrole zijn aangewezen. Het inzetten van de detailcontrole, zonder dat de controlegroep vooraf aan de hand van risicoanalyse is versmald, zou zeer intensief zijn en tot weinig resultaat leiden. Zorgverzekeraars zouden als het ware zijn aangewezen op het 'lukraak' controleren van zorgaanbieders en patiëntendossiers. Zonder de mogelijkheid om vooraf, op basis van betekenisvolle gegevens als de diagnosehoofdgroep een selectie te maken, is het instrument van de detailcontrole aldus onvoldoende om de wettelijke taak uit te voeren.

Voorbeelden van noodzaak diagnosehoofdgroep voor controle

- 4.12 Hieronder volgen ter illustratie van het voorgaande een aantal voorbeelden van de wijze waarop gebruik van de diagnosehoofdgroep tot een gerichtere en betere controle leidt.

Voorkomen van analysefouten

- 4.13 Als een zorgaanbieder opvallend veel lange en/of intensieve zorgtrajecten declareert voor een bepaalde diagnosehoofdgroep ten opzichte van andere aanbieders, kan dit een signaal zijn dat onrechtmatige of ondoelmatige zorg wordt verstrekt. Zonder de diagnosehoofdgroep kunnen zorgverzekeraars dit niet signaleren. Aan de andere kant zal een zorgaanbieder die relatief veel zware diagnoses behandelt, in een analyse zonder de diagnosehoofdgroep sneller als buitensporig worden aangemerkt, terwijl dat

²² Advies AP 4 september 2013, z2013-00498, p. 2.

²³ Advies AP 4 september 2013, z2013-00498, p. 3.

²⁴ Advies AP 4 september 2013, z2013-00498, p. 3.

gelet op de behandelde patiëntenpopulatie mogelijk niet terecht is. Zo zijn er zorgaanbieders die vaak intensiever en langer behandelen, omdat zij een specifiek behandel aanbod hebben. Zij behandelen bijvoorbeeld relatief veel verzekerden uit de diagnosehoofdgroep schizofrenie. De meeste andere zorgaanbieders behandelen diagnosehoofdgroepen waarbij een lichtere behandeling past. Indien de zorgverzekeraar geen inzicht heeft in de diagnosehoofdgroep die bij de declaratie hoort, zou dit ertoe kunnen leiden dat de zorgaanbieder met de zwaardere patiëntenpopulatie nader wordt gecontroleerd. Dit gebeurt dan ten onrechte en de privacy van de verzekerden wordt nodeloos belast. Als zorgverzekeraars de beschikking hebben over de diagnosehoofdgroep worden dergelijke analysefouten, en de onterechte detailcontroles die daaruit volgen, voorkomen.

Gerichter controleren

4.14 Met behulp van de diagnosehoofdgroep kunnen declaraties worden uitgesloten van controle of kan er bij een controle op een specifieke groep declaraties worden ingezoomd. De diagnosehoofdgroep kan worden gebruikt, soms in combinatie met andere informatie, om relatief eenvoudig en zonder een nadere controle na te gaan of de inzet van bepaalde zorg terecht, gepast en doelmatig is geweest. Dit betekent dat de diagnosehoofdgroep ook wanneer geen vergelijking wordt gemaakt tussen zorgaanbieders voor de zorgverzekeraar zeer waardevolle informatie bevat voor het gericht inrichten van de controle. Enkele voorbeelden:

- De diagnosehoofdgroep in combinatie met de behandel tijd en/of zwaarte van verblijf en verblijfsduur maken het mogelijk om een zorgaanbieder te beoordelen op mogelijk ondoelmatig of ongepast gebruik. Bij bepaalde diagnosehoofdgroepen valt meer of een andere inzet te verwachten.
- De diagnosehoofdgroep kan worden gebruikt om na te gaan of een regiebehandelaar terecht is ingezet. Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ schrijft voor dat bepaalde regiebehandelaren (verslavingsarts en specialist ouderengeneeskunde/klinisch geriater) in beginsel alleen kunnen worden ingezet voor specifieke diagnosehoofdgroepen (hoofddiagnose dementie / hoofddiagnose verslaving).
- De diagnosehoofdgroep kan worden gebruikt om na te gaan of de (hoeveelheid) inzet van een maatschappelijk werker terecht was. De inzet van een maatschappelijk werker moet plaatsvinden in het kader van de behandeling (van de psychische stoornis). Dat is meer aannemelijk in het geval van delirium, dementie of in het geval van aan alcohol of overige middelen gebonden stoornissen.
- De diagnosehoofdgroep kan worden gebruikt om na te gaan of de inzet van fysiotherapie terecht was. Fysiotherapie moet deel uitmaken van de

geneeskundige behandeling. Dat is meer aannemelijk in het geval van somatoforme stoornissen.

- De diagnosehoofdgroep maakt het eerder verklaarbaar dat er meer indirecte tijd is geschreven. Bij de diagnosehoofdgroep delirium en dementie en bij de diagnosehoofdgroep aandachtstekort en gedragsstoornis ligt het bijvoorbeeld voor de hand dat meer indirecte tijd wordt geschreven dan bij andere diagnosehoofdgroepen. Bij de genoemde diagnosehoofdgroepen geldt dat er relatief meer tijd aan diagnostiek, en als gevolg ook meer (indirecte) uitwerktijd, wordt besteed en ook meer overleg óver de verzekerde plaatsvindt. Ook verloopt de controle op indirecte tijd door middel van benchmarking gerichter door de indirecte tijd *binnen* een diagnosehoofdgroep te vergelijken.
- Of een deelprestatie verblijf terecht was, kan mede aan de hand van de diagnosehoofdgroep worden beoordeeld. Een zwaardere deelprestatie is bijvoorbeeld meer aannemelijk bij schizofrenie of een andere psychotische stoornis.
- In de zorgstandaarden en richtlijnen staat opgenomen wat doelmatige interventies en behandelingen zijn voor bepaalde indicaties. Zorgverzekeraars kunnen de diagnosehoofdgroep gebruiken in combinatie met deze zorgstandaarden en richtlijnen in hun risicoanalyse. Zorgverzekeraars kunnen bij het ontbreken van de informatie over de diagnosehoofdgroep niet op voorhand controleren of de zorg conform de standaarden (of best practices) is verleend.

Gerichter vragen; eerder oordeel dat sprake is van rechtmatige zorg

- 4.15 Zorgverzekeraars kunnen aan de hand van de diagnosehoofdgroep concrete voorbeelden van opvallende declaraties bij zorgaanbieders onder de aandacht brengen. Zorgaanbieders kunnen in reactie daarop gericht (de reden van) de afwijkende declaratie toelichten aan de zorgverzekeraar. De diagnosehoofdgroep geeft in combinatie met die (algemene of specifieke) toelichting van de zorgaanbieder in sommige situaties voldoende informatie om een declaratie als rechtmatig te beoordelen. Een meer intensieve vorm van controle is dan niet meer nodig.
- 4.16 Zonder de diagnosehoofdgroep zou de zorgverzekeraar ook niet in staat zijn om in een vroeg stadium van de controle een dergelijke vraag aan de zorgaanbieder voor te leggen. Dat zou de zorgverzekeraar zonder diagnosehoofdgroep pas kunnen doen, nadat al een meer gedetailleerde controle zou zijn verricht.

Noodzakelijk bij verbandcontroles

- 4.17 Onder de huidige bekostiging wordt de DSM-diagnosehoofdgroep gebruikt bij controles op serialiteit en parallelliteit (verbandcontroles). De controle op serialiteit en parallelliteit vindt plaats binnen instellingen, tussen instellingen en tussen de basis GGZ, specialistische GGZ en langdurige GGZ.
- 4.18 Van parallelle zorgtraject is sprake als er verschillende diagnoses zijn met een gelijkwaardig belang, waarbij de regiebehandelaar(s) substantieel verschillende behandelingen in moet(en) zetten. De hoofdregel is dat parallelle zorgtrajecten alleen kunnen worden geregistreerd als er sprake is van meerdere primaire diagnoses waarvoor gelijktijdig substantieel verschillende behandelingen moeten worden ingezet. Parallelle zorgtrajecten mogen niet in dezelfde diagnosehoofdgroep vallen.

Zie: Parallelliteitscodes dbc-pakket 2018 ggz.

- 4.19 Van serialiteit is sprake wanneer een initiële DBC binnen een bepaalde periode na sluitingsdatum van de voorgaande DBC met hetzelfde zorgtraject wordt gedeclareerd. Volgens de regels voor het declareren van DBC's kan een vervolg-DBC enkel worden gedeclareerd in het kader van eenzelfde primaire diagnose. Wanneer een prestatie wordt gedeclareerd in een andere DSM-diagnosehoofdgroep dan de hoofdgroep van de primaire diagnose, kan in ieder geval geen sprake zijn van een vervolg-DBC.
- 4.20 Onder het huidige bekostigingsstelsel kan op basis van de op de declaratie vermelde diagnosehoofdgroep worden nagegaan of eerder of gelijktijdig een prestatie is gedeclareerd. Alle prestaties met verschillende diagnosehoofdgroep worden in beginsel van deze eerste controle uitgesloten. Zonder vermelding van de DSM-diagnosehoofdgroep, kan de verzekeraar niet meer aan de hand van de declaratie vaststellen of er mogelijk sprake is van serialiteit of parallelliteit. De zorgverzekeraar kan dan de (voor)selectie waarbij verschillende diagnosehoofdgroep van de eerste controle worden uitgesloten, niet meer maken zonder nadere gegevens bij de zorgaanbieder op te vragen. Ook kan geen (voor)selectie meer worden gemaakt van toegestane parallelliteit.
- 4.21 Zonder vermelding van de DSM-diagnosehoofdgroep zullen de zorgverzekeraars (a) breder en (b) meer gedetailleerd controles verrichten om te (kunnen) achterhalen of sprake is van serialiteit en parallelliteit:
- a. Onder de gecontroleerde verzekerden zullen zich verzekerden bevinden die in het kader van verschillende diagnosehoofdgroepen worden behandeld. Wanneer de diagnosehoofdgroep op de declaratie zou zijn vermeld, zouden zij buiten de controlegroep zijn gehouden.
 - b. Bij een grotere groep verzekerden zal informatie worden uitgevraagd om te kunnen bepalen of sprake is van serialiteit en parallelliteit.

- 4.22 Denkbaar is dat onder de nieuwe bekostigingsstructuur ook (soortgelijke) verbandcontroles noodzakelijk zullen zijn, waarvoor inzicht in de diagnosehoofdgroep noodzakelijk is.

Noodzakelijk bij de opsporing van fraude

- 4.23 De diagnosehoofdgroep is ook een noodzakelijk element bij de opsporing van fraude.²⁵ De op de declaratie vermelde diagnosehoofdgroep vormt een belangrijk middel om vroegtijdig fraude-signalen te herkennen en aldus effectief fraude te kunnen opsporen. Bij de opsporing van fraude is het nodig om over informatie op persoonsniveau te beschikken om een fraudesignaal op waarde te kunnen schatten.
- 4.24 Bij fraude gaat het om het bewust onjuist declareren van prestaties. Aan de prestaties zelf is niet af te lezen of deze fraudeleus gedeclareerd is. Pas in combinatie met de diagnosehoofdgroep heeft de zorgverzekeraar een instrument in handen om gedeclareerde prestaties gericht te controleren op fraude.
- 4.25 Dit geldt bijvoorbeeld bij het opsporen van onverzekerde zorg, die ten onrechte gedeclareerd is. Als onderdeel van de formele controle is het de wettelijke taak van de zorgverzekeraars om te controleren of een prestatie tot het verzekerde pakket behoort of dat er sprake is van onverzekerde zorg.
- 4.26 Onder de huidige bekostigingsstructuur zijn er prestaties voor verzekerde zorg (DBC's) en prestaties voor de onverzekerde zorg (ozp niet verzekerde zorg). De ozp niet verzekerde zorg zal onder het nieuwe bekostigingsstructuur blijven bestaan. Zorgverzekeraars vergoeden de ozp niet verzekerde zorg niet. Het kenmerk van frauderende zorgaanbieders is echter juist dat zij onverzekerde zorg zullen declareren als ware het een verzekerde prestatie.
- 4.27 De diagnosehoofdgroep helpt zorgverzekeraars om onverzekerde zorg op te sporen. Bepaalde onverzekerde zorg, zoals een burn-out, wordt veelal onder een bepaalde diagnosehoofdgroep gedeclareerd, bijvoorbeeld onder depressie of somatoforme stoornis. Dit brengt zorgaanbieders in beeld die opvallend vaak een diagnosehoofdgroep declareren waar onverzekerde zorg onder valt. De aanzienlijke variatie tussen diagnosehoofdgroepen biedt voor zorgverzekeraars de mogelijkheid om gerichtere controles op fraude te verrichten.
- 4.28 Gelet op al het voorstaande is het voor de uitvoering van hun wettelijke controletaak noodzakelijk dat zorgverzekeraars per declaratie over de diagnosehoofdgroep blijven beschikken.

²⁵ Artikel 1 onder v Rzv.

5 Noodzakelijk voor de risicoverevening

- 5.1 De diagnosehoofdgroep is voorts noodzakelijk voor de risicoverevening. De diagnosehoofdgroep maakt onderdeel uit van de GGZ-risicoverevening en de zorgverzekeraars leveren daartoe benodigde gegevens, waaronder de diagnosehoofdgroep, aan het Zorginstituut Nederland. Het verwerken van de diagnosehoofdgroep door de zorgverzekeraars ten behoeve van de risicoverevening is noodzakelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering en de Zvw.²⁶
- 5.2 Het doel van de risicoverevening is zorgverzekeraars te compenseren voor verschillen in de samenstelling van hun verzekerdenpopulatie. Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks uit het Zorgverzekeringsfonds een vereveningsbijdrage om hen te compenseren voor verzekerden met een hoge kans op zorgkosten. Een goede risicoverevening is essentieel voor de borging van de acceptatieplicht van zorgverzekeraars²⁷, het verbod op premiedifferentiatie²⁸ en het bevorderen van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. De risicoverevening neemt de prikkel weg bij zorgverzekeraars om gezonde verzekerden te selecteren.
- 5.3 Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage. De vereveningsbijdrage wordt berekend aan de hand van vereveningskenmerken. Een vereveningskenmerk is een aan gezondheid gerelateerd kenmerk dat onderscheid maakt naar het verwachte zorggebruik.²⁹ De voorspelde schadelast moet de werkelijke schadelast op basis van voorspelbare gezondheidsverschillen zo goed mogelijk benaderen om zo een adequate compensatie voor voorspelbare gezondheidsverschillen in de verzekerdenportefeuille te bieden. Om te bepalen welke gezondheidsrisico's een populatie heeft, is het cruciaal om over gezondheidsgegevens op het niveau van de individuele verzekerde te beschikken.
- 5.4 De Diagnosekostengroepen (DKG's) zijn een belangrijk kenmerk in de berekening van de verevening.³⁰ De DKG's berusten primair op de diagnosehoofdgroep. Zorgverzekeraars leveren daarvoor op patiëntniveau bij het Zorginstituut aan welke diagnosehoofdgroep bij een verzekerde is vastgesteld. De voorspellende waarde van de diagnosehoofdgroep is groot.

De clustering van diagnose, verblijf en behandeling in 5 DKG's in 2017 heeft geleid tot verschillen in ondercompensatie tussen diagnosehoofdgroepen.

²⁶ Artikel 32 Zvw, Beleidsregels vereveningsbijdrage en Regeling Risicoverevening.

²⁷ Artikel 3 Zvw.

²⁸ Artikel 17 Zvw.

²⁹ Dit zijn: leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, GGZ-regio, sociaal economische status (SES), aantal personen per adres (PPA), Farmaciekostengroepen (FKG), Diagnosekostengroepen (DKG), Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) en Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Zie tabel 2.8 in de Regeling Risicoverevening 2019.

³⁰ Verzekerden worden aan de hand van hun diagnose ingedeeld in een DKG. In het GGZ model worden 5 psychische DKG's onderscheiden en een DKG '0'."

Voor de diagnose 'Verslaving' was er bijvoorbeeld sprake van een gemiddelde ondercompensatie van € 5.622 per verzekerde.³¹

- 5.5 Het niet meer verstrekken van diagnosehoofdgroep zal tot nog meer ondercompensatie en onjuiste voorspellingen leiden. Levering vanuit zorgaanbieders is geen betrouwbaar alternatief voor de aanlevering via zorgverzekeraars, omdat zorgaanbieders geen (financiële) prikkel hebben om aan een dergelijk omvangrijk en bewerkelijk informatieverzoek te voldoen. Zonder beschikbaarheid en gebruik van de diagnosehoofdgroep zal de kwaliteit van het vereveningsmodel voor de GGZ aanmerkelijk verslechteren. Dit zal het speelveld tussen zorgverzekeraars verstoren en de prikkels tot (indirecte) risicoselectie versterken.
- 5.6 Daarnaast is het ook van belang dat de zorgverzekeraars zelf blijven beschikken over de diagnosehoofdgroep, omdat zij de informatie nodig hebben voor de interne financiële verantwoording. Zorgverzekeraars kunnen zelf aan de hand van gegevens inschatten hoe de risicoverevening zal uitpakken. Voor de berekening van de verzekeringspremie is noodzakelijk dat zorgverzekeraars zicht houden op de risicoverevening. Zonder de diagnosehoofdgroep kunnen zorgverzekeraars een belangrijk element niet meer in hun berekening betrekken. Zij verliezen daarmee de mogelijkheid om in het kader van de eigen financiële verantwoording en de premievaststelling een inschatting van de risicoverevening te maken.

6 Noodzakelijk voor de zorginkoop

- 6.1 Artikel 11 van de Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Dat betekent dat de zorgverzekeraars zorg van voldoende omvang en doelmatigheid moeten inkopen om aan de zorgplicht te (kunnen) voldoen.
- 6.2 Op basis van historische cijfers verkrijgen zorgverzekeraars inzicht in de zorgvraag. Om het in te kopen zorgaanbod aan te laten sluiten op de zorgvraag streven zorgverzekeraars naar aansluiting op diagnosehoofdgroep-niveau. Het zorgaanbod per diagnosehoofdgroep is niet onderling substitueerbaar. Dat betekent dat het beschikbare aanbod van behandeling voor de ene diagnose niet kan worden ingezet voor de behandeling van een andere diagnose: depressiebehandelingen verschillen van de behandeling van een psychose. Door differentiatie op diagnosehoofdgroep-niveau sluiten zorgverzekeraars de inkoop zo goed mogelijk aan op de zorgvraag van de verzekerden.
- 6.3 Zonder de diagnosehoofdgroep kan die aansluiting niet gemaakt worden: voor zorgverzekeraars is dan niet zichtbaar of voldoende capaciteit is ingekocht. De met zorgaanbieders gemaakte afspraken kunnen niet goed worden gemonitord. Ook kan niet op tijd worden bijgestuurd in het geval van oplopende wachttijden en de

³¹ Ministerie van VWS, WOR 826, Risicoverevening: aanpassing DKG's psychische aandoeningen, 18 mei 2017, tabel A.1 p. 31.

bemiddeling met zorgaanbieders ten aanzien van wachtlijsten wordt bemoeilijkt. Dat klemt in het bijzonder wanneer het kwetsbare groepen betreft, zoals bijvoorbeeld bij verzekerden met schizofrenie. Dit is een categorie verzekerden die direct hulp nodig heeft.

- 6.4 De totale zorgkosten bepalen de hoogte van de premie die verzekerden betalen. Daarom is het niet alleen van belang dat zorgverzekeraars voldoende (goede) zorg inkopen, maar ook dat de zorg die zij inkopen doelmatig is. Zorgverzekeraars hebben de plicht om hun inkoopbeleid zo in te richten dat alleen zorg wordt ingekocht bij zorgaanbieders die doelmatige zorg leveren. Om dat te kunnen vaststellen maken zorgverzekeraars bij hun inkoop(beleid) gebruik van de diagnosehoofdgroep. De informatie wordt gebruikt voor analyse, als spiegelinformatie en bij de zorginkoop zelf.
- 6.5 Om te toetsen of een zorgaanbieder doelmatige zorg levert, is het van belang deze zorgaanbieder te vergelijken met andere, vergelijkbare aanbieders. Zorgverzekeraars maken gebruik van spiegelinformatie om de doelmatigheid van zorgaanbieders te controleren. De behandelvariatie bij vergelijkbare zorgaanbieders voor verschillende patiëntengroepen vormt de basis van spiegelinformatie / benchmark gegevens. Zonder de diagnosehoofdgroep is dit onderscheid niet te maken en kan spiegelinformatie onvoldoende gedifferentieerd worden, waardoor de zeggingskracht van die informatie sterk afneemt en de zorgverzekeraar niet gericht op kwaliteit kan inkopen.
- 6.6 Om op een zinvolle wijze de effectiviteit van zorgaanbieders te vergelijken, is het noodzakelijk om een vergelijking te maken tussen vergelijkbare zorgtrajecten. Zorgtrajecten kunnen pas op een zinvolle manier worden vergeleken wanneer de zorgverzekeraar kennis heeft van de (onderliggende) zorgbehoefte van de verzekerde: als de zorgvraag van twee verzekerden sterk verschilt, heeft het maken van een vergelijking tussen de aan hen beide verleende prestaties geen zin. De diagnosehoofdgroep biedt een goede indicatie dat het om een vergelijkbare zorgvraag gaat. Met behulp van de diagnosehoofdgroep kunnen zorgverzekeraars veel betere vergelijkende analyses maken. Opvallende declaraties en declaratiepatronen komen eerder aan het licht, omdat zij afgezet kunnen worden tegen de declaraties en declaratiepatronen van andere zorgaanbieders voor soortgelijke zorgvragen.
- 6.7 Zorgverzekeraars kopen de zorg voor sommige indicaties bovendien selectief in bij bepaalde aanbieders. Met selectieve inkoop wordt bedoeld het selecteren van zorgaanbieders voor de verzekerde. Die selectie kan betekenen dat een zorgaanbieder die niet voldoet aan gekozen criteria niet wordt ingekocht, dat er van een bepaalde behandeling minder wordt ingekocht en/of dat verzekerden worden geprikkeld om elders de zorg te gebruiken. Sommige zorgverzekeraars kopen bijvoorbeeld zware zorg, waarvoor een multidisciplinaire aanpak nodig is, niet in bij vrijgevestigden.
- 6.8 Zonder de diagnosehoofdgroep kunnen zorgverzekeraars niet zien of een zorgaanbieder zorg heeft verleend, die de zorgverzekeraar niet bij de betreffende

zorgaanbieder heeft ingekocht. Om (de hoogte van) de vergoeding te kunnen bepalen is het voor de zorgverzekeraar van belang om te weten in het kader van welke diagnosehoofdgroep een behandeling is verricht. Als de zorgverzekeraar de zorg voor die diagnosehoofdgroep niet heeft ingekocht, zal een ander vergoedingspercentage, bij een naturapolis die voor niet-gecontracteerde zorg, gelden.

- 6.9 Ook voor de zorgplicht, en de daarop gebaseerde zorginkoop, is het voor de zorgverzekeraar dus nodig om over de diagnosehoofdgroep te beschikken.

7 Noodzakelijk voor de machtiging

- 7.1 Op grond van artikel 14 lid 5 Zvw is het zorgverzekeraars toegestaan om in de polisvoorwaarden een machtigingsvereiste te stellen. Verzekerden moeten dan voordat zij recht hebben op een bepaalde verzekerde prestatie voorafgaand toestemming aan de zorgverzekeraar vragen. De vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg moet op basis van zorginhoudelijke criteria worden beantwoord.³²

- 7.2 Het niet meer vermelden van de diagnosehoofdgroep op de declaratie zou ook de uitvoering van het machtigingsbeleid van zorgverzekeraars bemoeilijken. Zorgverzekeraars hebben vaak ten aanzien van een specifieke diagnosehoofdgroep een machtigingseis gesteld. Dit geldt in het bijzonder voor verslavingszorg. Voor verslavingszorg is bij haast iedere zorgverzekeraar voorafgaande toestemming vereist.

- 7.3 Als de diagnosehoofdgroep niet meer op de declaratie staat, kunnen zorgverzekeraars bij ontvangst van de declaratie niet meer nagaan of er (ten onrechte) geen machtiging is gevraagd.

8 Privacyrechtelijke waarborgen

- 8.1 Hiervoor is toegelicht dat de diagnosehoofdgroep op de declaratie behouden moet blijven, omdat die informatie noodzakelijk is voor uitvoering van wettelijke taken. Een adequaat alternatief is er niet: juist de diagnosehoofdgroep is nodig. Dat is hiervoor toegelicht. In deze laatste paragraaf worden nog enkele privacyrechtelijke waarborgen genoemd die eraan bijdragen dat de vermelding van de diagnosehoofdgroep toelaatbaar is.

Opt-out regeling (privacyverklaring)

- 8.2 Het feit dat iedere verzekerde ervoor kan kiezen de diagnosehoofdgroep niet op de declaratie te laten vermelden, draagt sterk bij aan de toelaatbaarheid van de maatregel. Het nadelige effect op de privacy van de maatregel is minimaal, omdat een

³² Artikel 14 lid 1 Zvw.

verzekerde in beginsel altijd de keuze kan maken de diagnosehoofdgroep niet op de declaratie te (laten) vermelden.

Reeds bestaande waarborgen

- 8.3 Zorgverzekeraars geven aan de hand van gedetailleerde regels invulling aan hun verantwoordelijkheid voor een verantwoorde verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Deze regels zien onder meer op:³³
- de functionele eenheid waartoe medewerkers behoren die persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerken;
 - de rol en de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur;
 - nadere detaillering van de regels die zorgverzekeraars in acht moeten nemen bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende de gezondheid;
 - de geheimhouding en autorisatie van medewerkers;
 - de verwerking van papieren declaraties.

Verwerking geschiedt grotendeels automatisch

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

³³ ZN, Uniforme Maatregel 01: Functionele eenheid, 25 augustus 2011; ZN, Uniforme Maatregel 06: Privacy afhandeling declaraties, 26 augustus 2011; beide te raadplegen via www.zn.nl.

9 Conclusie

- 9.1 Artikel 87 Zvw voorziet in een wettelijke regeling voor het verwerken van bijzondere persoonsgegevens, zoals de diagnosehoofdgroep, door zorgverzekeraars: zorgaanbieders moeten de persoonsgegevens van de verzekerden, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of de Zorgverzekeringswet verstrekken aan de zorgverzekeraar. Hiervoor is toegelicht dat het ook onder het nieuwe bekostigingsstelsel noodzakelijk blijft voor de uitvoering van de zorgverzekering en zorgverzekeringswet dat zorgverzekeraars over de diagnosehoofdgroep beschikken.

BELEIDSREGEL [KENMERK]

Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Kenmerk

Gelet op artikel 57, eerste lid, onderdelen b en c, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) juncto artikel 6 van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wet marktordening gezondheidszorg (Bub Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen.

Gelet op artikel 52, aanhef en onderdeel e, van de Wmg, worden tarieven die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve vastgesteld door de NZa.

Gelet op [KIEZEN RELEVANT(E) ONDERDEEL/ONDERDELEN: artikel 59, aanhef en onder a, b, c, d, e, en/of f], van de Wmg, heeft de minister van VWS met brief van [DATUM], met kenmerk [NOEM KENMERK], ten behoeve van de voorliggende beleidsregel een aanwijzing op grond van artikel 7 van de Wmg, aan de NZa gegeven. Deze aanwijzing dateert van [NOEM DATUM] en heeft als kenmerk [NOEM KENMERK]. <ZO MOGELIJK TOEVOEGEN: Deze aanwijzing is gepubliceerd in de Staatscourant onder nummer [NUMMER STAATSCOURANT].>

Artikel * Begripsbepalingen

AGB-code behandelaar die de prestatie heeft geleverd: De AGB-zorgverlenerscode (=op persoonsniveau) van de behandelaar die de zorg geleverd heeft.

AGB-code regiebehandelaar: De AGB-zorgverlenerscode (=op persoonsniveau) van de regiebehandelaar onder wiens verantwoordelijkheid geleverde zorg in rekening gebracht wordt.

AGB-code verwijzer: De AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon). Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn.

Ambulant:

Behandelaar die de prestatie heeft geleverd: Behandelaar (natuurlijke persoon) die de zorg geleverd heeft.

Consult: Direct zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of het systeem van de patiënt.

Contact: Een contact is een zorginhoudelijk en ononderbroken interactie met een patiënt. Een contact kan zowel 'face to face' als telefonisch als 'screen to screen' plaatsvinden.

Diagnostiek: PM Werkgroep heeft aangegeven dat dit gedefinieerd moet worden.

Directe tijd: PM vraag werkgroep: kunnen we zonder deze definitie?

Factuur: Zowel een klassiek papieren nota als een elektronische variant zowel aan patiënt zelf als zonder tussenkomst van patiënt rechtstreeks aan diens verzekeraar.

Forensische zorg: zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

klinische opname: Periode waarbij de patiënt in een instelling 's-Nachts in de instelling verblijft. Deze periode loopt vanaf moment van opname tot het moment van ontslag.

Kwaliteitsstatuut: Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ zoals dat op 1 januari 2017 van kracht is en is ingeschreven bij het Zorginstituut Nederland.

Kwaliteitskader Forensische Zorg: PM

Patiënt: PM

Prestatie: De levering van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld in onderdeel c, onder 1^o artikel 1 sub j Wmg;

Prestatiecode: De code die hoort bij de prestatie.

Prestatie-omschrijving: Omschrijving behorend bij een prestatie als bedoeld in artikel 1 sub j Wmg.

Regiebehandelaar: Regiebehandelaar zoals bedoeld in het kwaliteitsstatuut, onder wiens verantwoordelijkheid de zorg wordt geleverd.

Tarief: Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1 sub k Wmg.

Uitvoeringsdatum: Datum waarop de prestatie geleverd is.

UZOVI-code: Unieke Zorgverzekeraars Identificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

Verblijfsdag: PM

Verwijzer: Verwijzer als bedoeld in artikel 14 lid 2 Zorgverzekeringswet (Zvw).

Verzekerdennummer: Nummer waarmee de patiënt bekend is bij de verzekeraar. Dit nummer wordt verstrekt door de zorgverzekeraar bij inwerkingtreding van de verzekeringspolis.

Zorgaanbieder: Zorgaanbieder als bedoeld in Wmg [PM]

Zorginhoudelijk: PM

Zorgverlener: PM

Artikel * Doel van de beleidsregel

Het doel van deze beleidsregel is om vast te leggen op welke wijze de NZa gebruik maakt van haar bevoegdheid om de tarieven en prestatiebeschrijvingen vast te stellen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg. Aan de hand van deze beleidsregel zal de NZa een tariefbeschikking nemen.

Artikel * Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op geestelijke gezondheidszorg als omschreven bij of krachtens de Zvw.

Ook is deze beleidsregel van toepassing op forensische zorg als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg (Wfz).

Tot slot is deze regeling van toepassing op handelingen of werkzaamheden op het terrein van ggz of fz, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het betreft hier de handelingen als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2^o, van de Wmg en werkzaamheden zoals bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer Wmg.

Artikel * Algemene bepalingen

Zorgprestaties binnen de gespecialiseerde ggz zijn onderverdeeld in:

- Consulten
- Verblijfsdagen
- Overige prestaties
- Onderlinge dienstverlening

Artikel * Consulten diagnostiek en behandeling

Een consult wordt ingedeeld naar een consult diagnostiek of een consult behandeling

- diagnostiek
- behandeling

Artikel * Consulten beroep van de zorgverlener

Een consult wordt ingedeeld naar het beroep van de zorgverlener die het consult heeft geleverd. Onderstaande categorieën beroepen worden gebruikt:

- Arts - specialist (Wet Big artikel 14)
- Klinisch (neuro)psycholoog (Wet Big artikel 14)
- Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (Wet Big artikel 14)
- Arts (Wet Big artikel 3)
- Gezondheidszorgpsycholoog (Wet Big artikel 3)
- Psychotherapeut (Wet Big artikel 3)
- Verpleegkundige (Wet Big artikel 3)
- Overige beroepen – niet regiebehandelaar

Artikel * Consulten tijdsindeling

Een consult wordt ingedeeld op basis van de minuten directe tijd die een zorgverlener daadwerkelijk aan het contact heeft besteed in één van onderstaande categorieën:

- Consult vanaf 5 minuten
- Consult vanaf 15 minuten
- Consult vanaf 30 minuten
- Consult vanaf 45 minuten
- Consult vanaf 60 minuten
- Consult vanaf 75 minuten
- Consult vanaf 90 minuten
- Consult vanaf 120 minuten

Artikel * Consulten in groep

Bij een consult met twee of meer patiënten aanwezig is sprake van een consult in groep. Een consult in groep betreft eenheden van 45 minuten directe tijd die een zorgverlener met de groep. Een consult in groep wordt ingedeeld in één van onderstaande categorieën:

- Consult per patiënt in groep 2 patiënten
- Consult per patiënt in groep 3 patiënten
- Consult per patiënt in groep 4 patiënten
- Consult per patiënt in groep 5 patiënten
- Consult per patiënt in groep 6 patiënten
- Consult per patiënt in groep 7 patiënten
- Consult per patiënt in groep 8 patiënten
- Consult per patiënt in groep 9 patiënten
- Consult per patiënt in groep vanaf 10 patiënten

Artikel * Consulten setting

Een consult wordt ingedeeld in één de volgende settings:

- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie II
- Ambulant kwaliteitsstatuut sectie III
- Outreachend
- Klinisch (exclusief fz)
- Forensische en beveiligde zorg – klinisch
- Forensische en beveiligde zorg – niet-klinisch
- Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde)

Setting ambulante - kwaliteitsstatuut sectie II

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen.

Setting ambulante - kwaliteitsstatuut sectie III

Voor zorg door zorgaanbieders die onder deze sectie van het kwaliteitsstatuut vallen.

Setting Outreachend

Voor wijkgerichte zorg door een multidisciplinair team. Deze setting is onafhankelijk van de plek (thuis, kantoor, of elders zoals het park). De zorgverlener werkt nauw samen met de crisisdienst, huisarts en andere hulpverleners die van belang zijn voor een individuele patiënt. Zorg wordt zowel tijdens als buiten kantoortijden geleverd en is flexibel qua intensiteit.

Setting Klinisch (exclusief fz)

Voor zorg tijdens klinische opname (inclusief de dag van ontslag).

Setting Forensische en beveiligde zorg – niet-klinisch

Voor niet-klinische behandeling van patiënten die vanuit de doelstelling van forensische zorg zijn aangewezen op zorg in een forensische of beveiligde setting.

Setting Forensische en beveiligde zorg – klinisch

Voor klinische behandeling van patiënten die vanuit de doelstelling van forensische zorg zijn aangewezen op zorg in een beveiligde of forensische setting. De zorg wordt geleverd in een gesloten en beveiligde gespecialiseerde voorziening voor geestelijke gezondheidszorg die zorg levert aan het ministerie van Justitie en Veiligheid. Er worden patiënten behandeld met een strafrechtelijke titel en (delict)gevaarlijke patiënten zonder strafrechtelijke titel. De geleverde zorg voldoet aan de eisen van het kwaliteitskader Forensische Zorg.

Setting Hoog-specialistisch (ambulante en klinisch, met contractvoorwaarde)

Voor hoogspecialistische zorg in een omgeving die in zijn geheel is ingericht op het leveren van zorg aan mensen met complexe meervoudige problematiek. Vanuit deze setting wordt ook een second opinion en consultatiefunctie vervuld voor andere aanbieders in de ggz en fz. Ook wordt vanuit de setting kennis verspreid naar de specialistische zorgaanbieders.

Artikel * Toeslagen op het consult

Op een consult kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn:

- RTMS
- Doventolk/communicatiedeskundige
- Reistijd ggz tot 25 minuten
- Reistijd ggz vanaf 25 minuten
- Reistijd fz tot 45 minuten
- Reistijd fz vanaf 45 minuten

Artikel * Prestatie verblijfsdag ggz

Een verblijfsdag in de ggz kan de volgende verzorgingsgraad hebben:

- Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H (hic)
- Verblijf zonder Overnachting (VZO) bij ECT
- Verblijf met rechtvaardigingsgrond (VMR)

- Verblijfsdag extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde)

Kenmerk

Een verblijfsdag in de ggz kan het volgende beveiligingsniveau hebben:

- Geen
- 2
- 3

Pagina
5 van *

Op een verblijfsdag in de ggz kan de volgende toeslag van toepassing zijn:

- Oorlogsgerelateerd psychotrauma (op verblijfsdag D)

Artikel * Prestatie verblijfsdag fz

Een verblijfsdag in de fz kan de volgende verzorgingsgraad hebben:

- Verblijfsdag A (lichte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag B (beperkte verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag C (matige verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag D (gemiddelde verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag E (intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag F (extra intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag G (zeer intensieve verzorgingsgraad)
- Verblijfsdag H (hic)
- Verblijfsdag extreme zorgzwaarte

Een verblijfsdag in de fz kan het volgende beveiligingsniveau hebben:

- 1
- 2
- 3
- 4

Op een verblijfsdag in de fz kunnen de volgende toeslagen van toepassing zijn:

- Extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVGB)
- Sglvg+ bij beveiligingsniveau 2

Artikel * Overige prestaties ggz

Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de ggz de volgende prestaties:

- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadonverstrekking (AMV)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken
- Onderlinge dienstverlening
- Niet basispakketzorg consult
- Niet basispakketzorg verblijf
- Verblijf zonder overnachting
- Intercollegiaal overleg kort (vanaf 5 minuten)
- Intercollegiaal overleg lang (vanaf 15 minuten)

Intercollegiaal overleg in de setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II
Van de prestatie Intercollegiaal overleg kan alleen gebruik gemaakt worden als er ook sprake is van de setting ambulante kwaliteitsstatuut sectie II. De prestatie is bedoeld voor indirecte patiëntgebonden tijd die gespendeerd wordt door de consulterende behandelaar voor patiënten die bij hem/haar onder behandeling zijn. De prestatie is bedoeld voor inhoudelijk overleg tussen twee of meer behandelaren, met een erkende rol in de ggz exclusief de verwijzer, in het belang van de behandelingen van een specifieke patiënt of specifiek het systeem rondom de patiënt. Hierbij is er sprake van een interactie, een direct wederkerig contact tussen de behandelaren. Het overleg wordt vastgelegd in het patiëntendossier.

Artikel * Overige prestaties fz

Naast consulten en verblijfsdagen bestaan in de fz de volgende prestaties:

- Elektroconvulsietherapie (ECT)
- Ambulante methadonverstrekking (AMV)
- Consultatie bij euthanasieverzoeken

- Onderlinge dienstverlening
- Ambulante dagbesteding forensische zorg
- Forensisch psychiatrisch toezicht (FPT)

Kenmerk

Pagina
6 van ***Artikel * Onderlinge dienstverlening**

Onderlinge dienstverlening is ggz en fz zoals bedoeld in deze beleidsregel, die een zorgaanbieder verleent als onderdeel van een door een andere zorgaanbieder uit te voeren prestatie. De eerstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als 'uitvoerende zorgaanbieder'. De laatstgenoemde zorgaanbieder duidt de NZa als de 'opdrachtgevende zorgaanbieder'.

Artikel * Facultatieve prestatie

Een facultatieve prestatie kan worden aangevraagd met een gezamenlijke aanvraag van ten minste één zorgaanbieder en ten minste één zorgverzekeraar. De aanvraag moet worden ingediend met het formulier 'Aanvraagformulier facultatieve prestatie ggz en fz'. Daarnaast moet de aanvraag aan de volgende voorwaarden voldoen:

- Uit de prestatiebeschrijving blijkt concreet en duidelijk wat de inhoud is van de prestatie.
- Uit de aanvraag blijkt dat de prestatie onder de reikwijdte valt van de beleidsregels ggz en fz.
- De prestatie bestaat niet enkel uit een reeds bestaande prestatie of een bundeling van reeds bestaande prestaties.

De NZa neemt na ontvangst van een aanvraag voor een facultatieve prestatie een besluit met inachtneming van de geldende beslistermijnen uit de Algemene wet bestuursrecht. In het besluit wordt de datum van inwerkingtreding vermeld. Dit besluit is een beschikking als bedoeld in artikel 50, eerste lid, van de Wmg.

Het besluit wordt gepubliceerd op de website van de NZa en van de zakelijke inhoud van het besluit wordt mededeling gedaan in de Staatscourant. Het besluit wordt per post gestuurd aan de aanvragende partijen.

Het besluit wordt verwerkt in de eerst mogelijke release volgend op de inwerkingtredingsdatum van dat besluit.

De facultatieve prestatie kent een vrij tarief.

Artikel * Tariefopbouw en indexering

[PM, ook NHC's]

Artikel * Voorschriften en beperkingen in de tarief beschikking

In de tariefbeschikking zal de NZa voorschriften en beperkingen opnemen in de zin van artikel 50 lid 3 Wmg. Deze bevatten in ieder geval de onderstaande bepalingen.

[PM]

Artikel * Intrekken oude beleidsregel(s)

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de [CITEERTITEL BELEIDSREGEL], met kenmerk [KENMERK], ingetrokken.

Artikel * Toepasselijkheid voorafgaande beleidsregel

De [CITEERTITEL OUDE BELEIDSREGEL] met kenmerk [KENMERK OUDE BELEIDSREGEL], blijft van toepassing op besluiten en aangelegenheden die hun grondslag vinden in die beleidsregel en die betrekking hebben op de periode waarvoor die beleidsregel gold.

Artikel * Inwerkingtreding / Bekendmaking

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari [JAAR T]. Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel b, van de Wmg, zal van de vaststelling van deze beleidsregel mededeling worden gedaan in de

Staatscourant.

Kenmerk

Artikel * Citeertitel

Deze beleidsregel wordt aangehaald als: Beleidsregel prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

Pagina
7 van *

CONCEPT

Toelichting

Kenmerk

Algemeen

[PM] Aandacht schenken aan begrijpelijkheid, onderscheid tussen de verschillende termen gebruikt in de regel en consequenties en mogelijkheden om al dan niet na te leven.

Pagina
8 van *

De afbakening van de aanspraak het Zorginstituut is leidend

Artikelsgewijs

Consulten

Het is mogelijk meerdere consulten op een dag te declareren.

Tijdsbesteding digitale zorg:

- Bij een contact via e-mail telt de directe tijd die besteed is aan de e-mail mee. PM b
- Bij een contact via chat telt de totale directe tijd besteedt aan de zorginhoudelijke conversatie met de patiënt als één consult.

Setting

PM na januari omschrijving en toelichting over settings.

ECT

De overige prestatie ECT is een all-in pakket, inclusief bijvoorbeeld verblijf, intake, anesthesie, behandeling en verkoever. De prestatie 'Verblijf zonder overnachting ECT' vervalt.

Onderlinge dienstverlening

PM duidelijk benoemen waar onderlinge dienstverlening voor is bedoeld en waarvoor niet.

Toeslag

Een toeslag kan niet zelfstandig gedeclareerd worden, maar alleen in aanvulling op een consult of verblijfsdag.

Verblijfsdagen

Het aantal verblijfsdagen is gebaseerd en wordt berekend op basis van artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering. Het gaat om een 'kale verblijfsdag'. In het tarief van de verblijfsprestatie is wel de verpleging en verzorging meegenomen, maar niet de behandeling

REGELING [KENMERK]

Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

Kenmerk

Gelet op artikel 27, 36, 37, 38, 40 lid 4, 62 en 68 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bevoegd tot het stellen van regels op het gebied van de generalistische basis-ggz, gespecialiseerde ggz en forensische zorg.

Artikel * Begripsbepalingen

AGB-code behandelaar die de prestatie heeft geleverd: De AGB-zorgverlenerscode (=op persoonsniveau) van de behandelaar die de zorg geleverd heeft.

AGB-code regiebehandelaar: De AGB-zorgverlenerscode (=op persoonsniveau) van de regiebehandelaar onder wiens verantwoordelijkheid geleverde zorg in rekening gebracht wordt.

AGB-code verwijzer: De AGB-code van de verwijzende zorgverlener (natuurlijk persoon). Dit moet de AGB-code op persoonsniveau zijn.

Audittrail: Zodanige vastlegging van gegevens dat het spoor van basisgegevens naar eindgegevens en omgekeerd achteraf door een externe accountant of, afhankelijk van de aard van de gegevens, door de medisch adviseur kan worden gevolgd en gecontroleerd.

Behandelaar die de prestatie heeft geleverd: Behandelaar (natuurlijke persoon) die de zorg geleverd heeft.

Contractnummer: het contractnummer zoals gebruikt in FORZA, op het inkoopportaal Forensische Zorg.

Factuur: Zowel een klassiek papieren nota als een elektronische variant zowel aan patient zelf als zonder tussenkomst van patient rechtstreeks aan diens verzekeraar.

Plaatsingsbesluitnummer: Het plaatsingsbesluitnummer is een uniek nummer dat aan het plaatsingsbesluit gekoppeld is. Dit nummer krijgt de zorgaanbieder van de plaatsende instantie. Het nummer is van belang om voor het ministerie van JenV de keten tussen indicatie, plaatsing en geleverde zorg inzichtelijk te krijgen. Met het plaatsingsbesluitnummer kan het ministerie nagaan of de zorgaanbieder een verzoek tot zorg heeft ontvangen/gekregen.

Prestatie: De levering van zorg door een zorgaanbieder als bedoeld in onderdeel c, onder 1^o artikel 1 sub j Wmg.

Prestatiecode: De code die hoort bij de prestatie .

Prestatieomschrijving: Omschrijving behorend bij een prestatie als bedoeld in artikel 1 sub j Wmg.

Regiebehandelaar: Regiebehandelaar onder wiens verantwoordelijkheid geleverde zorg in rekening gebracht wordt.

Strafrechtsketennummer: Het strafrechtsketennummer zoals bedoeld in artikel 27b van het Wetboek van Strafvordering.

Tarief: Prijs voor een prestatie, een deel van een prestatie of geheel van prestaties van een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1 sub k Wmg.

Uitvoeringsdatum: Datum waarop de prestatie geleverd is.

UZOVI-code: Unieke Zorgverzekeraars Identificatie is een identificatie van de zorgverzekeraars in Nederland.

Kenmerk

Verwijzer: Verwijzer als bedoeld in artikel 14 lid 2 Zvw.

Pagina
2 van *

Verzekerdennummer: Nummer waarmee de patiënt bekend is bij de verzekeraar. Dit nummer wordt verstrekt door de zorgverzekeraar bij inwerkingtreding van de verzekeringspolis.

Zorglabel: De codering die het mogelijk maakt om geduide informatie te koppelen aan prestaties.

Artikel * Doel van de regeling

Het doel van deze regeling is het stellen van voorschriften voor de geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg op het gebied van de registratie, administratie, declaratie en informatie.

Artikel * Reikwijdte

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die geestelijke gezondheidszorg (ggz) leveren als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Ook is deze regeling van toepassing op zorgaanbieders die forensische zorg (fz), als omschreven bij of krachtens artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg.

Tot slot is deze regeling van toepassing op handelingen of werkzaamheden op het terrein van ggz of fz, uitgevoerd door of onder verantwoordelijkheid van personen, ingeschreven in een register als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het betreft hier de handelingen als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, onder 2°, van de Wmg en werkzaamheden zoals bedoeld in artikel 2, aanhef en eerste lid, onderdeel c, van het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer Wmg.

Artikel * Informatie-elementen

A. *Instellingsgegevens*
a1. Naam instelling/praktijk
a2. AGB-code instelling/praktijk

B. *Patiëntgegevens ggz*
b1. naam
b2. geboortedatum
b3. adres
b4. BSN
b5. Verzekerdennummer
b6. UZOVI-code

Patiëntgegevens fz
b6. UZOVI-code
b7. strafrechtsketennummer
b8. plaatsingsbesluitnummer
b9. begin- en einddatum plaatsingsbesluit
b10. begin- en einddatum strafrechtelijke titel
b11. contractnummer

C. *Algemene informatie*
c1. Naam regiebehandelaar
c2. AGB-code regiebehandelaar
c4. AGB-code verwijzer
c5. DSM hoofdgroep (niet bij GBGGZ) / GBGGZ profiel
c6. Trajectnummer
c7. Zvzi

D. *Geleverde prestaties*
d1. Prestatieomschrijving

- d2. Uitvoeringsdatum
- d3. Prestatiecode
- d4. Gedeclareerd tarief (per prestatie)
- d5. Naam behandelaar die de prestatie heeft geleverd
- d6. AGB-code behandelaar die de prestatie heeft geleverd
- d7. Zorglabel

Kenmerk

Pagina
3 van *

De volgende zorglabels bestaan.

Label	Omschrijving
<<nummer>>	Overgang vanuit de Jeugdwet
	<<?>>

Artikel * Registratieverplichtingen

De zorgaanbieder registreert op grond van deze regeling minimaal voor iedere patiënt de informatie-elementen b1 t/m b6.

Voor forensische zorg registreert de zorgaanbieder de informatie-elementen b6 t/m b11 in plaats van de informatie-elementen b1 t/m b5.

Zorgaanbieders mogen op hun eigen manier invulling geven aan het registreren van de werkelijk bestede tijd. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de normtijden en het herijken hiervan.

Artikel * Administratieverplichting

De administratieve organisatie is zodanig ingericht dat een audit-trail mogelijk is. De NZa en de zorgverzekeraar moeten altijd de mogelijkheid hebben om de registratie op juistheid te controleren.

Artikel * Declaratieverplichtingen

Het maximumtarief van een prestatie is het maximumtarief dat op de dag van de feitelijke levering van de zorg gold volgens de tariefbeschikking.

Artikel * Informatieverplichtingen

Informatieverplichting op de factuur

De factuur bevat in ieder geval de volgende gegevens: [NUMMERS]

Informatieverplichting naar de zorgverzekeraar

Als de zorg gedeclareerd wordt, ontvangt die zorgverzekeraar de factuur. [PM] apart regime c7 Zvzi conform huidige werkwijze

Informatieverplichting naar de NZa

[PM]

Artikel * Uitzondering in geval van privacy bezwaren

Het artikel [* Informatieverplichtingen] voor zover betrekking hebbend op [NUMMERS], blijft buiten toepassing indien de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring hebben ondertekend overeenkomstig Bijlage <invoegen>. De zorgaanbieder houdt de privacyverklaring in zijn administratie en stelt die op aanvraag van de zorgverzekeraar beschikbaar.

Controle door de zorgverzekeraar op de rechtmatigheid van declaraties en patiëntendossiers, die een zorgaanbieder, dan wel een patiënt, ter betaling aan die zorgverzekeraar zijn aangeboden, vindt plaats door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

Artikel * Intrekking oude regelingen

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze regeling worden de
volgende regelingen ingetrokken.

Kenmerk

GGZ [CITEERTITEL REGELING], met kenmerk [KENMERK],
BGGZ [CITEERTITEL REGELING], met kenmerk [KENMERK],
FZ [CITEERTITEL REGELING], met kenmerk [KENMERK],

Pagina
4 van *

Artikel * Overgangsbepaling en inwerkingreding

De [CITEERTITEL OUDE REGELING], met kenmerk [KENMERK OUDE
REGELING], blijft van toepassing op gedragingen (handelen en nalaten)
van zorgaanbieders [OF ANDERE DOELGROEP VAN DE REGELING ZOALS
BIJVOORBEELD ZORGVERZEKERAARS] die onder de werkingssfeer van
die regeling vielen en die zijn aangevangen - en al dan niet beëindigd -
in de periode dat die regeling gold.

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari [JAAR T]. Deze
regeling wordt bekendgemaakt door plaatsing in de Staatscourant op
grond van artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wmg.

Artikel * Citeertitel

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling [NAAM VAN DE REGELING
VOLUIT].

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

CONCEPT

Toelichting

Kenmerk

Algemeen

PM: Aandacht schenken aan begrijpelijkheid, onderscheid tussen de verschillende termen gebruikt in de regel en consequenties en mogelijkheden om al dan niet na te leven.

Pagina
5 van *

PM: verwijzen naar veldafspraken die relevant zijn.

- Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is te vinden op:
<https://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/ggz-model-kwaliteitsstatuut-kwaliteitsstandaard>

Artikelsgewijs

*Artikel * informatie-elementen*

De verplichtingen over informatie-elementen gelden allen als de informatie bestaat. Bijvoorbeeld: in de diagnostiekfase zou er nog geen DSM-hoofdgroep bekend kunnen zijn.

Informatie-element c5 (DSM hoofdgroep) zal op een later moment worden vervangen door het informatie-element 'Zorgvraagtypering'. Het gaat bij informatie-element c5 om de volgende hoofdgroepdiagnosen:

1. aandachtstekort- en gedragsstoornissen
2. pervasieve stoornissen
3. overige stoornissen in de kindertijd
4. delirium, dementie, amnestische en overige cognitieve stoornissen
5. aan alcohol gebonden stoornissen
6. aan overige middelen gebonden stoornissen
7. schizofrenie en andere psychotische stoornissen
8. depressieve stoornissen
9. bipolaire en overige stemmingsstoornissen
10. angststoornissen
11. restgroep diagnoses
12. persoonlijkheidsstoornissen
13. somatoforme stoornissen
14. eetstoornissen

Zorglabel

PM vraag vanuit de werkgroep om meer uitleg.

*Artikel * Registratieverplichtingen*

De zorgaanbieder registreert op grond van overige regelgeving [PM nader in te vullen] minimaal voor iedere patiënt de volgende gegevens: [NUMMERS].