

Zorgverzekeraars Nederland



Addendum Zorgverzekeraars

Addendum bij de Gedragscode Verwerking
Persoonsgegevens Financiële Instellingen

Addendum Zorgverzekeraars

Voorwoord

1. Begripsbepaling
2. Omschrijving van de reikwijdte en de betrokkenen
3. Gedragsregels m.b.t. verwerking van persoonsgegevens
 - 3.0 Algemeen
 - 3.1 Zorginkoop
 - 3.2 Schadebehandeling
 - 3.3 Beheersen schadelast
 - 3.4 Premie inning
 - 3.5 Marketing
 - 3.6 Beoordelen en accepteren
 - 3.7 Zorgbemiddeling
 - 3.8 Materieel controleren
 - 3.9 Misbruik/oneigenlijk gebruik
 - 3.10 Verantwoording: financieel en maatschappelijk
 - 3.11 Geschillen

Toelichting Addendum Zorgverzekeraars

1. Algemene toelichting
2. Toelichting bij een aantal artikelen

Bijlagen:

Verwijsindex van Addendum Zorgverzekeraars naar Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens
Financiële Instellingen

Voorwoord

Zorgverzekeraars verwerken in de uitoefening van hun bedrijfsvoering meer dan andere verzekeraars persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Teneinde de zorgvuldige omgang met deze gegevens te waarborgen zijn in aanvulling op de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (Gedragscode) specifieke gedragsregels geformuleerd voor zorgverzekeraars. Deze gedragsregels zijn in dit Addendum Zorgverzekeraars (Addendum) vastgelegd.

Dit Addendum geeft de specifieke gedragsregels weer waaraan zorgverzekeraars zich dienen te houden inzake het omgaan met persoonsgegevens. Onder zorgverzekeraar wordt verstaan een verzekeraar die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet (Zvw) of andere ziektekostenverzekeringen aanbiedt of uitvoert (verder te noemen: zorgverzekeraar). Dit betekent dat hij de zorgverzekering (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en aanvullende verzekeringen uitvoert. Zorgverzekeraars voeren vaak hun bedrijf uit door middel van een hiertoe specifiek in het leven geroepen rechtspersoon.

Wellicht ten overvloede kan opgemerkt worden dat het Verbond van Verzekeraars (VvV) en de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) de Gedragscode hebben opgesteld. Het Addendum is opgesteld door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De leden van het VvV en de NVB zijn door hun lidmaatschap gebonden aan de Gedragscode. De leden van ZN hebben zich reeds door hun lidmaatschap geconformeerd aan voornoemde gedragscode en het Addendum. Zorgverzekeraars die geen lid zijn van ZN dienen eveneens het Addendum na te leven op grond van de Ministeriële Regeling ex artikel 87 lid 6 Zvw. Het VvV en de NVB zijn verantwoordelijk voor het actualiseren van de Gedragscode. ZN is verantwoordelijk voor het actualiseren van het Addendum. Het Addendum is door het College Bescherming Persoonsgegevens goedgekeurd en geldig tot en met 27 januari 2008, waarmee de goedkeuringsperiode gelijk is met die van de Gedragscode (zie publicatie in de Staatscourant van 2 mei 2006, nr 85).

1. Begripsbepaling

In aanvulling op de Gedragscode wordt in dit Addendum verstaan onder:

- a. Fraude: het plegen of trachten te plegen van: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een (overeenkomst van) ziektekostenverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking te verkrijgen onder valse voorwaarden.
- b. Functionele eenheid (in afwijking van de Gedragscode wordt onder functionele eenheid verstaan): de deskundige medewerkers die voor specifieke doeleinden en onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid (toelichting: zij onderscheiden zich van andere medewerkers die bij verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid betrokken zijn doordat zij onder de functionele medische verantwoordelijkheid van de medisch adviseur werken). Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur kunnen meerdere functionele eenheden (opgedeeld op grond van specifieke doelstellingen voor de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid) functioneren. De medisch adviseur is coördinator van (en verantwoordelijk voor) de verstrekking van informatie over verzekerden die aan de medewerkers binnen de functionele eenheid wordt verstrekt. De leden van de functionele eenheden hebben een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht (die in beginsel ook ten opzichte van leden van andere functionele eenheden geldt).
- c. Materiële controle: het onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.
- d. Medisch adviseur: (waarmee ook bedoeld kan worden de adviserend geneeskundige) is de (tand)arts, die de zorgverzekeraar adviseert over medische aangelegenheden en die functioneel leiding geeft aan de functionele eenheid c.q. functionele eenheden waarin deskundige medewerkers zijn betrokken bij verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid voor specifieke (gekwificeerde) doeleinden.
- e. Ondubbelzinnige toestemming (ex Wbp): toestemming, die door de betrokkene zodanig is gegeven voor specifieke verwerkingen dat bij de verantwoordelijke voor de verwerking elke twijfel is uitgesloten over de vraag óf de betrokkene zijn toestemming heeft gegeven. De verantwoordelijke mag niet uitgaan van toestemming indien deze geen opmerkingen maakt over de gegevensverwerking.
- f. Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid: persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid in de meest brede zin, dat wil zeggen alle persoonsgegevens die de geestelijke of lichamelijke toestand van een persoon betreffen. Blijkens de Memorie van Toelichting van de Wbp moet het begrip 'gezondheid' ruim worden opgevat; 'het omvat niet alleen de gegevens die in het kader van een medisch onderzoek of een medische behandeling door een arts worden verwerkt, maar alle gegevens die de geestelijke of lichamelijke gezondheid van een persoon betreffen. Voorts is ook het enkele gegeven dat iemand ziek is een gegeven betreffende iemands gezondheid, hoewel dat gegeven op zichzelf nog niets zegt over de aard van de aandoening".
- g. Uitdrukkelijke toestemming (ex Wbp): toestemming, waarbij de persoon in kwestie expliciet zijn wil heeft geuit. Stilzwijgende toestemming is onvoldoende: de betrokkene dient in woord, schrift of gedrag uitdrukking te hebben gegeven aan zijn wil toestemming te hebben gegeven voor de gegevensverwerking.

- h. Uitvoeren verzekeringsovereenkomst: het handelen ter uitvoering van de tussen verzekeringnemer en zorgverzekeraar gesloten overeenkomst van ziektekostenverzekering.
- i. Veronderstelde toestemming (ex Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO): toestemming waarvoor de volgende voorwaarden gelden: de verwerking moet plaatsvinden voor een specifiek doel, de verzekerde kan redelijkerwijs verwachten dat de betreffende verwerking van zijn persoonsgegevens plaatsvindt (kenbaarheid), de verzekerde heeft geen bezwaar gemaakt tegen de betreffende verwerking, de gegevensverstrekking blijft beperkt tot hetgeen noodzakelijk is voor de ontvanger (proportionaliteit).
- j. Zorgaanbieder: zorgverlener, zoals bedoeld in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraar. Indien in dit addendum met “zorgaanbieder” de individuele hulpverlener wordt bedoeld, is dit aangegeven in de toelichting.
- k. Zorgverzekeraar: een verzekeraar die zorgverzekeringen in de zin van de Zorgverzekeringswet of andere ziektekostenverzekeringen aanbiedt of uitvoert. Dit betekent dat hij de zorgverzekering (Zorgverzekeringswet), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en andere ziektekostenverzekeringen, met name aanvullende verzekeringen kan uitvoeren.

2. Omschrijving van de reikwijdte en de betrokkenen

Zorgverzekeraars en persoonsgegevens

In dit Addendum is zoveel mogelijk geabstraheerd van de vigerende verzekeringswetten, zodat de gedragsregels voor meerdere jaren hun waarde kunnen behouden. Als dit relevant is voor een thema of gedragsregel, zal onderscheid worden gemaakt tussen Zorgverzekeringswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en aanvullende verzekeringen. Dit betekent dat het Addendum geldt, ongeacht welke ziektekostenverzekering het betreft.

In dit Addendum wordt onder 'betrokkene' hetzelfde verstaan als in de Gedragscode, met dien verstande dat in het Addendum in plaats van 'cliënt' gesproken wordt over 'verzekerde'. Een en ander sluit beter aan op het gebruik in de praktijk van zorgverzekeraars om te spreken over 'verzekerden'. De term betrokkene kan daarbij doelen op de verzekerde en/of de verzekeringnemer. Vaak valt de persoon van de verzekeringnemer en verzekerde samen, maar dat is niet altijd het geval. Bijvoorbeeld als ouders ten behoeve van hun kinderen een verzekeringsovereenkomst sluiten of als andere wettelijk vertegenwoordigers dat doen. Waar dit relevant is voor de aard en omvang van de verwerking van gegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde, wordt een nadrukkelijk onderscheid gemaakt in de positie van de verzekerde en verzekeringnemer.

3. Gedragsregels m.b.t. verwerking van persoonsgegevens

3.0 Algemeen

1. De Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (Gedragscode) is van toepassing op zorgverzekeraars. Uitzondering hierop vormen de artikelen 6.1.1, 6.1.3, 6.1.4 en 6.1.5, die door een bepaling in dit Addendum worden vervangen.
2. De zorgverzekeraar stelt een interne regeling op waarin staat gespecificeerd welke medewerkers/functionarissen betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens voor bepaalde doelen (werkprocessen) en over welke gegevens zij gelet op hun functie mogen beschikken. Hierbij treft de zorgverzekeraar passende maatregelen om de personen werkzaam bij de zorgverzekeraar te verplichten tot geheimhouding bij het verwerken van gegevens betreffende iemands gezondheid.
3. Ter vervanging van artikel 6.1.1 van de Gedragscode geldt het volgende; Onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt in ieder geval de verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid welke:
 - a. worden opgevraagd bij derden en verder worden verwerkt;
 - b. door of namens de verzekerde ter toelichting zijn geformuleerd in het kader van de acceptatie voor aanvullende verzekeringen;
 - c. worden verkregen in verband met een verzoek, gedaan door of namens de verzekerde om toestemming te verkrijgen voor het ontvangen van bepaalde zorg c.q. de vergoeding daarvan;
 - d. worden of zijn opgenomen in het medisch dossier dat de medisch adviseur met betrekking tot de verzekerde heeft ingericht (conform art. 7:454 BW).

Deze verantwoordelijkheid van de medisch adviseur bestaat bijvoorbeeld bij de onder a t/m d genoemde gevallen indien de persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verwerkt ten behoeve van de behandeling van geschillen, misbruik/oneigenlijk gebruik, het verhalen van schade op aansprakelijke derden (regres), materiële controle en zorgbemiddeling. Onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt niet het ontvangen en verwerken van declaratiegegevens.

De medisch adviseur wordt door het bestuur van de zorgverzekeraar in de gelegenheid gesteld zijn professionele verantwoordelijkheid uit te oefenen. De medisch adviseur houdt zich aan relevante wet- en regelgeving en aan privacyregels in vigerende beroepsregels. Hij is niet de verantwoordelijke in de zin van de Wbp. Het bestuur van de zorgverzekeraar is eindverantwoordelijk voor de verwerking.

4. Ter vervanging van artikel 6.1.3 van de Gedragscode geldt het volgende;
 - a. Indien een zorgaanbieder aan een verzekerde zorg heeft verleend en de kosten daarvan rechtstreeks bij de zorgverzekeraar in rekening brengt, mag de toestemming door de verzekerde voor de verwerking van de betreffende declaraties door de zorgverzekeraar worden verondersteld.
 - b. Indien een zorgaanbieder namens de verzekerde een aanvraag indient bij de zorgverzekeraar voor een machtiging (toestemming voor het verlenen van zorg ten laste van ziektekostenverzekering), gelden hiervoor de volgende regels:
 - De zorgverzekeraar mag de persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die hij heeft ontvangen voor het beoordelen van de aanvraag, niet verwerken indien hij weet of

redelijkerwijs kan vermoeden dat de zorgaanbieder hiervoor geen uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde heeft verkregen.

- Indien de medisch adviseur vragen heeft over de reeds verstrekte informatie, kan hij deze zorgaanbieder vragen om een toelichting. Voldoende aannemelijk moet zijn dat de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde zich ook uitstrekt tot het verstrekken van deze informatie aan de zorgverzekeraar.
- c. Indien de verzekerde zelf een aanvraag indient bij de zorgverzekeraar voor een machtiging (toestemming voor het verlenen van zorg ten laste van de ziektekostenverzekering), heeft de medisch adviseur de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig voor het opvragen van informatie bij een zorgaanbieder.
5. De zorgverzekeraar beëindigt de verzekering niet tegen de wens van de verzekerde, vanwege het feit dat deze geen toestemming verleent voor het verwerken van diens persoonsgegevens. Dit geldt niet als een dergelijke weigering tot gevolg heeft dat het voor de zorgverzekeraar in redelijkheid onmogelijk wordt om de overeenkomst uit te voeren.
6. Ter vervanging van artikel 6.1.4 van de Gedragscode geldt; In het kader van het leveren van bepaalde diensten en/of producten is het noodzakelijk dat persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verwerkt. Deze persoonsgegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld en zullen uitsluitend worden verwerkt voorzover dat noodzakelijk is voor:
- a. de beoordeling van het te verzekeren risico en de betrokkene geen bezwaar heeft gemaakt, of
 - b. de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst.

In aanvulling hierop mag de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerken voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de AWBZ.

7. Indien een verzekeringsovereenkomst niet tot stand komt, worden de door of namens de verzekerde verstrekte persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid maximaal 12 maanden bewaard.
8. Na beëindiging van een ziektekostenverzekering worden de persoonsgegevens maximaal 7 jaar bewaard. De zorgverzekeraar kan voor de bewaartermijnen van naam-adres-woonplaatsgegevens en geboortedata voor marketingdoeleinden afwijkende richtlijnen opstellen.
9. De zorgverzekeraar zal persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid:
- a. niet verstrekken aan zowel andere concernonderdelen (geen ziektekosten) als aan belanghebbenden buiten het concern, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);
 - b. die bij de uitvoering van de zorgverzekering dan wel de AWBZ-verzekering zijn verkregen, niet gebruiken voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering;
 - c. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering, niet gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht danwel de verzekerde daartoe uitdrukkelijke toestemming heeft verleend (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);

- d. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering, niet gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht danwel de verzekerde daartoe uitdrukkelijke toestemming heeft verleend (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);
 - e. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de AWBZ-verzekering, niet gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering of aanvullende verzekering, behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht (deze gedragsregel vervangt gedeeltelijk artikel 6.1.5. van de Gedragscode);
10. Uitdrukkelijke toestemming als bedoeld in artikel 3.0.9 onder c en d mag slechts aan de verzekerde worden gevraagd voor het uitwisselen van persoonsgegevens betreffende de gezondheid tussen basis- en aanvullende verzekering, indien en voor zover dit noodzakelijk is voor de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder, de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor de aan de verzekerde geleverde prestatie, de vaststelling van de eigen bijdragen, het eigen risico en de no-claim van de verzekerde, het uitoefenen van het verhaalsrecht, en het verrichten van formele en materiële controle en fraudeonderzoek.

3.1 Zorginkoop

1. Als de zorgverzekeraar declaratie-informatie verwerkt ten behoeve van de inkoop van zorg, gebruikt hij deze op niet tot natuurlijke personen herleidbaar niveau.
2. De zorgverzekeraar erkent dat gegevens die herleidbaar zijn tot individuele zorgaanbieders persoonsgegevens zijn. Om die reden gaat hij er zorgvuldig mee om.

3.2 Schadebehandeling

1. De zorgverzekeraar laat bij de noodzakelijke verstrekking van informatie aan de verzekeringnemer onnodige gegevens betreffende de gezondheid van een andere verzekerde achterwege.
2. De zorgverzekeraar mag ten behoeve van verhaal van schade op derden of de vaststelling van de betalingsplicht van de verzekeraar in geval van samenloop van verzekeringen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid alleen met uitdrukkelijke toestemming van verzekerde uitwisselen.
3. Eventuele risicoprofielen van verzekerden ten behoeve van de beoordeling van een aangemeld risico worden op geaggregeerd niveau (niet meer tot de persoon herleidbaar) verwerkt.

3.3 Beheersen schadelast

1. Eventuele risicoprofielen van verzekerden ten behoeve van schadelastbeheersing worden op geaggregeerd niveau (niet meer tot de natuurlijke personen herleidbaar) verwerkt.

3.4 Premie inning

1. Als de zorgverzekeraar gegevens over het betalingsgedrag uit het verleden verwerkt zullen deze gegevens uitsluitend gebruikt worden ten behoeve van acceptatie, controle en/of in- of excasso, en zullen de gegevens na 5 jaar vernietigd worden.

3.5 Marketing

1. De zorgverzekeraar maakt geen gebruik van de hem bekende persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid of andere bijzondere persoonsgegevens t.b.v. acquisitie van nieuwe klanten dan wel de verkoop van nieuwe producten aan bestaande klanten.

3.6 Beoordelen en accepteren

1. In het geval dat bij de aanvraag van een aanvullende verzekering sprake is van een onderzoek ter beoordeling van de gezondheidstoestand (zogenaamd keuringsonderzoek) van de aspirant-verzekerde stelt de medisch adviseur de aspirant-verzekerde in de gelegenheid mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen en, zo ja, of hij daarvan als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan de zorgverzekeraar wordt gedaan.
2. De zorgverzekeraar zal van de aspirant-verzekerde bij een eventueel keuringsonderzoek in het kader van acceptatie voor een aanvullende verzekering, geen medewerking verlangen aan een erfelijkheidsonderzoek. Evenmin zal de zorgverzekeraar aan de (aspirant)verzekerde vragen om de resultaten van een eventueel eerder verricht erfelijkheidsonderzoek te (laten)verstrekken. Van de (aspirant)verzekerde kan in verband met het afsluiten van de andere dan een zorgverzekering (Zvw) of AWBZ-verzekering wél verlangd worden te melden of hij reeds de ziekteverschijnselen heeft die verbonden zijn aan een erfelijke ziekte.
3. De medisch adviseur verstrekt ten behoeve van de acceptatie van verzekerden slechts informatie die strikt noodzakelijk is voor de zorgverzekeraar om gemotiveerd te kunnen besluiten om een verzekerde wél of niet, onder uitsluiting van bepaalde (kosten van) zorg, met hantering van een wachttijd dan wel met een premietoeslag te accepteren. De aan zijn advies ten grondslag liggende persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid geeft hij niet ter inzage.
4. De zorgverzekeraar zal persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid die bij de uitvoering van de zorgverzekering dan wel de AWBZ-verzekering zijn verkregen, niet gebruiken voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering (gedragsregel is dezelfde als 3.0.9a).
5. Voorzover er een wettelijke acceptatieplicht bestaat, worden geen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid gevraagd om die betreffende verzekering af te kunnen sluiten.
6. Voor het vragen van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door de medisch-adviseur van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder ten behoeve van 'beoordelen en accepteren' van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering, en het vervolgens verstrekken van deze gegevens door de zorgaanbieder, is uitdrukkelijke toestemming van de aspirant-verzekerde nodig.

3.7 Zorgbemiddeling

1. De zorgverzekeraar gebruikt ten behoeve van het gericht benaderen van individuele verzekerden voor het doen van een zorgbemiddelingsaanbod alleen algemene criteria, waartoe geen diagnoses behoren.
2. Individuele zorgbemiddeling vindt slechts plaats na een verzoek daartoe, afkomstig van of namens de verzekerde. Hiervoor mag de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de verzekerde verwerken. De zorgverzekeraar beëindigt het gebruik van persoonsgegevens bij de bemiddeling van zorg, als de verzekerde te kennen heeft gegeven de zorgbemiddeling niet meer op prijs te stellen.

3.8 Materieel controleren

1. De zorgverzekeraar bepaalt in zijn polissen voor aanvullende verzekeringen dat materiële controle zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
2. De zorgverzekeraar gaat bij de controle van persoonsgegevens - ook in relatie tot de zorgaanbieder - zorgvuldig om met deze gegevens.
3. De zorgverzekeraar houdt zich aan het door Zorgverzekeraars Nederland opgestelde protocol materiële controle, dat deel uitmaakt van deze gedragscode ¹.
4. De zorgverzekeraar zal ten behoeve van de controle van geleverde zorg slechts diagnose-informatie van verzekerden verwerken, voor zover dat noodzakelijk is om de rechtmatigheid of doelmatigheid vast te stellen.

3.9 Misbruik/oneigenlijk gebruik

1. De zorgverzekeraar bepaalt in zijn polissen voor aanvullende verzekeringen dat fraudeonderzoek zal worden verricht overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet.
1. De zorgverzekeraar verwerkt persoonsgegevens, die in de registers van het Protocol Incidentenwaarschuwingssysteem Financiële Instellingen zijn opgenomen, conform de eisen van dit protocol.
2. Als de zorgverzekeraar vaststelt dat de verzekeringnemer informatie die van essentieel belang is voor het aangaan van de aanvullende verzekering bij het aangaan van deze verzekering niet heeft medegedeeld, heeft de zorgverzekeraar het recht om de betreffende verzekering binnen twee maanden daarna met onmiddellijke ingang op te zeggen. Reeds uitgekeerde kosten kunnen worden terug gevorderd, indien de verzekeringnemer of de betreffende verzekerde de betreffende informatie met opzet heeft verzwegen of indien de zorgverzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten. Bij de voor de uitoefening van dit recht noodzakelijke verwerking van persoonsgegevens dient de proportionaliteit in acht te worden genomen.

¹ Ten tijde van de totstandkoming van dit Addendum (2005) wordt specifieke wetgeving voorbereid inzake materiële controle. Deze bepaling loopt op de totstandkoming hiervan vooruit.

3.10 Verantwoording: financieel en maatschappelijk

1. De zorgverzekeraar zal beleid en richtlijnen formuleren in het kader van het recht van betrokkenen op inzage, correctie, afscherming en verwijdering van persoonsgegevens.
2. De zorgverzekeraar stelt de verzekerde in kennis over de wijze van afhandeling van op de betreffende verzekerde betrekking hebbende klachten over de uitvoering van de Wbp en de Gedragscode en het Addendum.

3.11 Geschillen

1. De leden van Zorgverzekeraars Nederland zijn aangesloten bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Het bestuur van de Stichting kent een onafhankelijk voorzitter, terwijl de leden zijn voorgedragen door diverse belangenbehartigende organisaties. Het bestuur heeft geen bemoeienis met de behandeling van zaken. Onder de verantwoordelijkheid van het bestuur vallen de Ombudsman Zorgverzekeringen en een onafhankelijke geschillencommissie ten behoeve van geschillen in het kader van de Zorgverzekeringswet. Verzekerden kunnen klachten met betrekking tot de naleving van de Wet bescherming persoonsgegevens, Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen en het Addendum door zorgverzekeraars ter bemiddeling voorleggen aan de Ombudsman Zorgverzekeringen via postbus 291, 3700 AG te Zeist (telefoonnummer 030-6988360/faxnummer 030-6988245). Klachten kunnen schriftelijk aan de Ombudsman worden voorgelegd. Telefonische klachten kunnen uitsluitend in behandeling worden genomen indien daartoe gegronde redenen bestaan. In verband met een behoorlijke klachtenafhandeling kan klager in dat geval worden gevraagd de klacht op schrift te stellen. De indiening van een klacht moet geschieden binnen één jaar nadat de zorgverzekeraar zijn definitieve standpunt aan klager kenbaar heeft gemaakt, dan wel binnen één jaar na het verstrijken van een periode van één maand waarbinnen de zorgverzekeraar door klager in de gelegenheid is gesteld op de betreffende klacht te reageren.
2. De zorgverzekeraar verstrekt in het kader van een klacht of een geschil slechts persoonsgegevens aan de geschilleninstantie of rechter voor zover daartoe noodzaak bestaat in het kader van de geschillenbeslechting (noodzakelijkheidvereiste) en verstrekt niet meer gegevens dan strikt noodzakelijk (proportionaliteitsvereiste). Voor het in dit kader verstrekken van persoonsgegevens door de zorgverzekeraar mag de toestemming van de verzekerde over het algemeen worden verondersteld. Indien het een civiele schadeclaim betreft is echter de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig, indien en voor zover het gegevens betreft die worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.

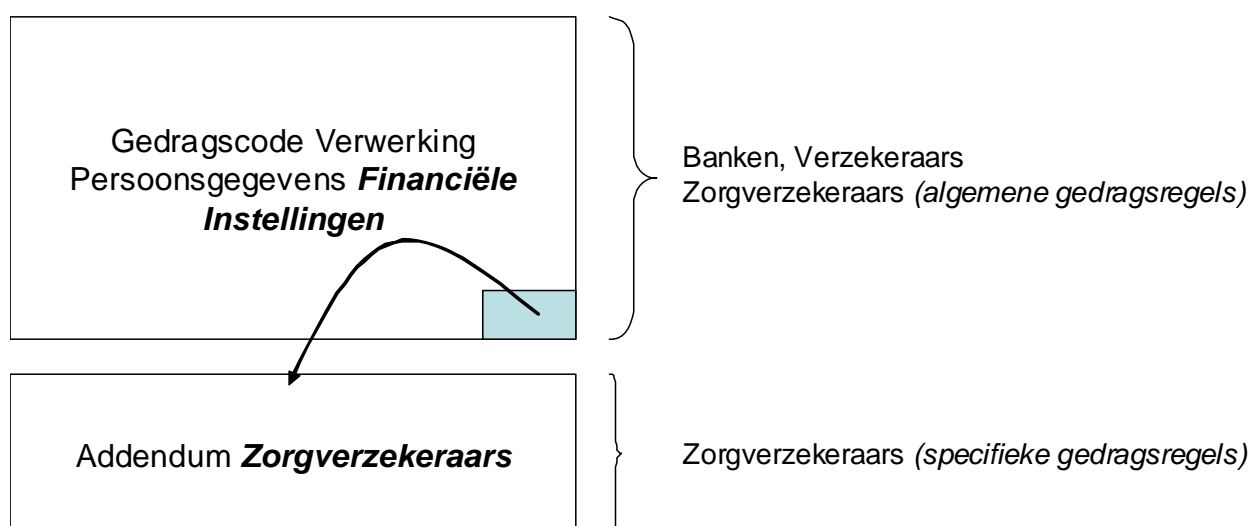
Toelichting Addendum Zorgverzekeraars

Algemene toelichting

Zorgverzekeraars verwerken in de uitoefening van hun bedrijfsvoering meer dan andere verzekeraars persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Teneinde de zorgvuldige omgang met deze gegevens te waarborgen zijn in aanvulling op de bestaande Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen (Gedragscode) nadere gedragsregels gemaakt omtrent de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door zorgverzekeraars. Deze specifieke gedragsregels zijn verwoord in het Addendum. In de eerste gedragsregel van het Addendum (gedragsregel 3.0.1) is deze aanvullende werking van het Addendum verwoord.

Het Addendum vult op een tweetal manieren de Gedragscode aan:

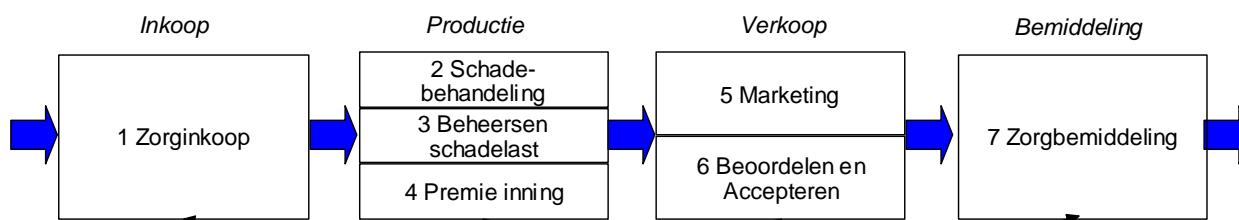
- een aantal voor de zorgverzekeraar specifieke bedrijfsprocessen (met bijbehorende gedragsregels) worden onderscheiden;
- een aantal voor de zorgverzekeraar specifieke gedragsregels bij bedrijfsprocessen, die ook in de Gedragscode worden onderscheiden.



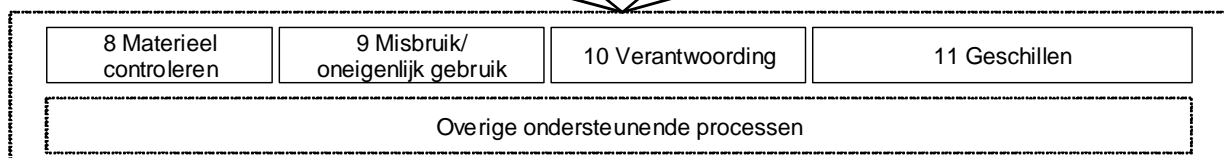
In de Gedragscode zijn een aantal centrale bedrijfsprocessen onderscheiden (beoordelen en accepteren van (potentiële) cliënten, aangaan en uitvoeren van overeenkomsten, afwickelen van betalingsverkeer, marketing en schadebehandeling) waarvoor gedragsregels voor Financiële Instellingen zijn opgesteld. Ten behoeve van het opstellen van aanvullende specifieke gedragsregels voor zorgverzekeraars is het proces 'uitvoeren van overeenkomsten' nader gespecificeerd in de processen: zorginkoop, premie inning en zorgbemiddeling. Tevens zijn belangrijke ondersteunende processen onderscheiden waarvoor gedragsregels zijn opgesteld.

Voor ieder bedrijfsproces is onderstaand aangegeven of er persoonsgegevens worden verwerkt (en ook of dit persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid betreft). In de gedragsregels wordt een en ander nader uitgewerkt.

Primair proces



Ondersteunende processen



1. Zorginkoop

Om verzekerden de zorg waarvoor zij zich verzekerd hebben te kunnen aanbieden, moet door de zorgverzekeraar voldoende zorg ingekocht worden. De zorgverzekeraar moet daarvoor weten aan welke soort zorg behoefte zal bestaan en om hoeveel zorg het gaat. Deze informatie behoeft echter *niet op persoonsniveau* bekend te zijn, omdat de zorg voordat een verzekerde er op aangewezen is, wordt ingekocht voor grotere groepen verzekerden.

2. Schadebehandeling

Als zorg aan verzekerden geleverd is, moet deze betaald worden. In dat geval declareert ofwel de verzekerde, ofwel de zorgaanbieder de kosten bij de zorgverzekeraar. Deze moet over informatie op persoonsniveau beschikken, om te kunnen beoordelen of de gedeclareerde zorg voldoet aan de polisvoorwaarden of andere wettelijke eisen. Het betreft veelal *persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid*, waarvoor extra zorgvuldigheidseisen gesteld worden.

3. Beheersen schadelast

Om de verzekering betaalbaar te houden moeten de totale kosten van de zorgverzekeraar, deze spreekt over "schadelast", beheersbaar gehouden worden. Om deze reden spreekt een zorgverzekeraar een zorgaanbieder of een instelling aan op doelmatige zorgverlening. Ook voor dit proces is informatie nodig. Net als bij zorginkoop kan hier volstaan worden met geaggregeerde informatie, die *niet op persoonsniveau* bekend hoeft te zijn (dit is anders als wordt overgegaan tot materiële controle; zie hieronder bij punt 8).

4. Premie inning

Vanzelfsprekend kunnen geen uitkeringen gedaan worden zonder inkomsten. Derhalve moet premie door de zorgverzekeraar worden geïnd. Omdat de premieheffing op verzekerdeniveau plaatsvindt, moet de zorgverzekeraar over *persoonsgegevens* beschikken.

5. Marketing

Voor de werving van nieuwe verzekerden maakt de zorgverzekeraar *geen gebruik van bij hem bekende persoonsgegevens* betreffende iemands gezondheid.

6. Beoordelen en accepteren

Voor de vraag of de zorgverzekeraar een verzekeringsovereenkomst wil sluiten met een aspirant-verzekerde is verschillende informatie nodig. Als er een wettelijke acceptatieplicht bestaat worden *geen persoonsgegevens* betreffende iemands gezondheid ten behoeve van acceptatie gevraagd. Voor verzekeringen waarvoor geen acceptatieplicht bestaat, wordt veelal op basis van een inschatting van het te verzekeren risico besloten om een aspirant-verzekerde wel of niet te accepteren. Dit geldt voor de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Voor deze laatste verzekeringen zijn daarom soms gedetailleerde *persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid* noodzakelijk. Vanzelfsprekend zijn voor het sluiten van alle verzekeringen wel algemene persoonsgegevens noodzakelijk.

7. Zorgbemiddeling

Wachtlijsten, onbekendheid met de structuur van de gezondheidszorg en dergelijke bemoeilijken de toegang tot noodzakelijke, adequate en tijdige zorgverlening. De zorgverzekeraar heeft een verantwoordelijkheid om de verzekerden hier de weg te wijzen. Hiervoor verleent de zorgverzekeraar zorgbemiddeling. Voor gerichte bemiddeling zijn *persoonsgegevens* betreffende iemands gezondheid van de betreffende verzekerde noodzakelijk.

8. Materieel controleren

Een groot deel van de controle die bij de declaratie moet geschieden, wordt ten behoeve van een snelle uitbetaling uitgesteld tot later. Het betreft hier de materiële controle. Deze controle is er op gericht vast te stellen of hetgeen werd verklaard overeenstemt met de werkelijkheid (bijvoorbeeld of de gedeclareerde zorg ook feitelijk geleverd is) en of deze zorg doelmatig is. Ten behoeve van deze controle zijn soms *persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid* noodzakelijk.

9. Misbruik/Oneigenlijk gebruik

Ook in de ziektekostenverzekering komt misbruik of oneigenlijk gebruik voor. Om enerzijds te voorkomen dat de premie met dergelijke kosten wordt belast en anderzijds de integriteit van de sector te bewaren, bestrijdt de zorgverzekeraar fraude (zie voor de definitie de begrippenlijst). Voor deze activiteit is soms zeer gevoelige persoonsinformatie, waaronder *persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid* noodzakelijk.

10. Verantwoording: financieel en maatschappelijk

De ziektekostenverzekering staat onder toezicht van diverse op grond van de wet ingestelde organen. Aan deze toezichthouders moet de zorgverzekeraar verantwoording afleggen. De zorgverzekeraar verantwoordt zich ook voor de wijze waarop hij met persoonsgegevens omgaat; deze verantwoording bevat *geen persoonsgegevens*, tenzij hiervoor een wettelijke grondslag bestaat.

11. Geschillen

Afhankelijk van de aard van de klacht kan het noodzakelijk zijn dat door de zorgverzekeraar *persoonsgegevens* aan de geschilleninstantie of rechter en zijn advocaat verstrekt worden.

Toelichting bij een aantal artikelen

1. Begripsbepaling

De begrippen fraude, machtiging, materiële controle, medisch adviseur, persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, uitvoeren verzekeringsovereenkomst en zorgverzekeraar worden in de Gedragscode als zodanig niet gedefinieerd. In dit Addendum is ervoor gekozen deze begrippen op

te nemen en nadere inhoud te geven. Deze begrippen zijn nodig voor het handen en voeten geven van de bescherming van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door zorgverzekeraars, kenmerkend voor de sector.

In afwijking van de Gedragscode is de Wbp-term 'persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid' gehanteerd in plaats van 'medische gegevens'.

- e. 'Ondubbelzinnige toestemming' wordt in het Addendum alleen gehanteerd bij de toestemming van de aspirant-verzekerde nodig voor het uitbrengen van een negatief advies van de medisch adviseur in het kader van 'beoordelen en accepteren' (gedragsregel 3.6.1).
- g. Gelet op de bewijslast van de verantwoordelijke verdient schriftelijke toestemming de voorkeur. 'Uitdrukkelijke toestemming' van de verzekerde is nodig voor het vragen van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder ten behoeve van 'beoordelen en accepteren' van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering, en het vervolgens verstrekken van deze gegevens door de zorgaanbieder (gedragsregel 3.6.6) en bij het opvragen van aanvullende informatie bij een zorgaanbieder in het kader van een aanvraag voor een "machtiging" (gedragsregel 3.0.4 sub c; zie voor "uitdrukkelijke toestemming" ook gedragsregel 3.0.4 sub b). Uitdrukkelijke toestemming is eveneens aan de orde bij het uitwisselen van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid bij verhaal van schade op derden of de vaststelling van betalingsplicht van de verzekeraar in geval van samenloop van verzekeringen (gedragsregel 3.2.2), en bij het verstrekken van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid aan derden (gedragsregel 3.0.12).
Wellicht ten overvloede dient opgemerkt te worden dat geen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid opgevraagd mogen worden ten behoeve van acceptatie als er een wettelijke acceptatieplicht geldt.
- i. Veronderstelde toestemming is in dit Addendum ook aan de orde bij zorgbemiddeling. In het verzoek van de verzekerde om zorgbemiddeling wordt de toestemming om de daarvoor benodigde persoonsgegevens te gebruiken verondersteld.

2. Omschrijving van de reikwijdte en betrokkenen

3. Gedragsregels m.b.t. verwerking van persoonsgegevens

3.0 Algemeen

1. De inhoud van de artikelen 6.1.1, 6.1.3, 6.1.4 en 6.1.5 van de Gedragscode worden in het Addendum Zorgverzekeraars nader ingevuld:
 - Artikel 6.1.1: op grond van dit artikel geldt dat het verzamelen van gegevens betreffende iemands gezondheid onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur valt. In het addendum wordt de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, voor de verwerking door medewerkers van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, beperkt tot die werkprocessen waarbij medewerkers van de functionele eenheid betrokken zijn. Het is noodzakelijk dat die processen onder de functionele (medisch inhoudelijk) verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallen, omdat de verwerking door medewerkers van gegevens betreffende iemands gezondheid een meer inhoudelijk karakter heeft (interpretatie, taxatie, eventueel verwerven van additionele informatie). De daarbij ingeschakelde medewerkers (onderdeel van de functionele eenheid) dienen voldoende

deskundig en geïnstrueerd te zijn om die taak naar behoren te vervullen (dit mede gelet op het waarborgen van relevantie, subsidiariteit en proportionaliteit bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid). Ook voor deze medewerkers geldt dat gewaarborgd moet zijn dat zij uitsluitend over voor hun specifieke werkproces relevante gegevens betreffende iemands gezondheid kunnen beschikken en dat zij zich bewust zijn van de plicht om daarover ook binnen het bedrijf (waaronder ook ten opzichte van andere functionele eenheden) geheimhouding te betrachten.

Zij hebben een van de medisch adviseur afgeleide geheimhoudingsplicht.

Een en ander impliceert dat bepaalde werkprocessen waarbij wel sprake is van verwerking van gegevens betreffende iemands gezondheid (*met name het declaratieverkeer*) door medewerkers, niet onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur plaatsvinden. Dit is alleen verantwoord als - in verband met het bepaalde in artikel 21 lid 2 Wbp - die medewerkers op adequate wijze door de zorgverzekeraar aan een geheimhoudingsplicht worden gebonden. Het gaat dan om een aantal werkprocessen (*met name de declaratieafhandeling*), waarbij de verwerking door medewerkers van gegevens betreffende iemands gezondheid een min of meer administratief karakter heeft (geen interpretatie, geen taxatie, geen bevoegdheid om additionele informatie op te vragen). Het is dan redelijk dat die processen niet onder de functionele (medisch inhoudelijke) verantwoordelijkheid van de medisch adviseur plaatsvinden, mits daarbij wel de geheimhouding adequaat wordt gewaarborgd. Een belangrijk onderdeel daarvan is het waarborgen dat die medewerkers uitsluitend over voor het specifieke werkproces noodzakelijke gegevens betreffende iemands gezondheid kunnen beschikken en dat zij zich bewust zijn van de plicht om daarover ook binnen het bedrijf geheimhouding te betrachten.';

- Artikel 6.1.3: op grond van dit artikel uit de Gedragscode geldt dat gegevens betreffende iemands gezondheid alleen bij derden mogen worden verzameld nadat betrokkene daartoe toestemming heeft gegeven. Toestemming moet specifiek, vrijwillig en op basis van voldoende informatie worden gegeven. In het Addendum wordt de toestemming van de verzekerde verondersteld bij het verwerken van declaraties;
 - Artikel 6.1.4: In aanvulling op artikel 6.1.4 van de Gedragscode mag de zorgverzekeraar op grond van dit Addendum persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerken voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de AWBZ.
 - Artikel 6.1.5: artikel 6.1.5. stelt dat gegevens betreffende iemands gezondheid niet verwerkt mogen worden in het kader de uitvoering van of het beoordelen en accepteren voor een andere verzekering, tenzij met toestemming van de betrokkene. In afwijking hiervan wordt in het Addendum ten principale bepaald dat het verboden is gegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken in het kader van het beoordelen of accepteren voor een andere verzekering, ongeacht of betrokkene toestemming verleent. Een andere afwijking van artikel 6.1.5. is de uitzondering dat op grond van artikel 87 Zvw tot de verwerking wordt verplicht, doordat deze noodzakelijk is voor de uitvoering van een bestaande ziektekostenverzekering en een wettelijk voorschrift hiertoe verplicht. Verder is de in 6.1.5. genoemde financieringsovereenkomst voor zorgverzekeraars niet relevant, en derhalve niet van toepassing.
2. Op grond van artikel 21 lid 2 Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geldt dat persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid alleen worden verwerkt door personen die uit hoofde van beroep, dan wel uit hoofde van wettelijk voorschrift, dan wel krachtens overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht. Zorgverzekeraars kennen in lijn hiermee medisch

adviseurs (uit hoofde van beroep) en overige medewerkers (krachtens arbeidsovereenkomst) die tot geheimhouding verplicht zijn.

Artikel 87 Zorgverzekeringswet is een voorbeeld van geheimhoudingsplicht uit hoofde van een wettelijk voorschrift. Alle persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, verkregen in het kader van de uitvoering van de zorgverzekering (of de Zorgverzekeringswet zelf), afkomstig van een zorgaanbieder vallen onder de geheimhoudingsplicht vernoemd in artikel 87 Zvw. De zorgaanbieder is verplicht deze persoonsgegevens ex artikel 87 Zvw te verstrekken aan medewerkers van de zorgverzekeraar.

De toekenning van bevoegdheden (autorisaties) aan medewerkers – gelet op hun functie – wordt gebaseerd op een strikte koppeling tussen de aard van de functie en de daarvoor noodzakelijke gegevens. Over de toekenning van (de aard en omvang van) bevoegdheden voor bepaalde medewerkers om kennis te nemen van 'persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid' laat de zorgverzekeraar zich adviseren door de medisch adviseur. Toekenning van bevoegdheden vindt alleen plaats indien de deskundigheid van de medewerker toereikend is om de persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid voor een bij de functie horende doelstelling te verwerken (uitgangspunt). De gedragsregel legt de zorgverzekeraar daarnaast de verplichting op maatregelen te treffen om de geheimhouding bij het verwerken van gegevens betreffende iemands gezondheid te borgen. Deze maatregelen betreffen achtereenvolgens contractuele geheimhoudingsverplichting (in ieder geval via de arbeidsovereenkomst), organisatorische maatregelen, technische maatregelen en (aandacht voor) privacybewustzijn. Uitgangspunt bij de technische maatregelen is dat niet meer dan de noodzakelijke gegevens mogen worden ingezien. Voorbeelden van maatregelen zijn:

- Geheimhouding ten opzichte van personen niet werkzaam bij de zorgverzekeraar: opnemen van een bepaling in de arbeidsovereenkomst inzake geheimhouding.
- Onderlinge geheimhouding tussen werknemers binnen de zorgverzekeraar: functiescheiding, autorisatieprofiel, autorisatiebeheer, authenticatieregeling, beschrijven van onderscheiden functionele eenheden (taken en bevoegdheden), controle op de uitvoering van maatregelen in de zin van periodieke rapportages, periodiek meten van beveiligingsbewustzijn.

Een en ander impliceert:

- Dat alle medewerkers betrokken bij verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden gebonden aan een geheimhoudingsplicht (contractueel).
 - Dat een autorisatieschema specificeert welke medewerkers betrokken zijn bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, voor welke doelstellingen en wat in dat verband de aard en omvang is van de persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid waarover die medewerker mag beschikken.
 - Systematische aandacht voor en het treffen van maatregelen om de vertrouwelijkheid binnen het bedrijf (tussen medewerkers en afdelingen) van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te waarborgen.
3. Bijzondere persoonsgegevens hebben onder meer betrekking op informatie betreffende iemands gezondheid. Blijkens de Memorie van Toelichting van de Wbp moet het begrip 'gezondheid' ruim worden opgevat; "het omvat niet alleen de gegevens die in het kader van een medisch onderzoek of een medische behandeling door een arts worden verwerkt, maar alle gegevens die de geestelijke of lichamelijke gezondheid van een persoon betreffen. Voorts is ook het enkele gegeven dat iemand ziek is een gegeven betreffende iemands gezondheid, hoewel dat gegeven

op zichzelf nog niets zegt over de aard van de aandoening". Het voorgaande betekent dat zeer veel gegevens waarover de zorgverzekeraar beschikt, te beschouwen zijn als persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Dit betekent echter niet dat al deze gegevens onder functionele (medisch inhoudelijke) verantwoordelijkheid van de medisch adviseur behoren te vallen. Dit laatste, omdat wanneer bijvoorbeeld declaratiegegevens wel onder zijn verantwoordelijkheid zouden vallen, dit bijzonder veel gegevens zouden zijn, en daarmee, zoals hierboven gesteld, de "span of control" van de medisch adviseur erg groot wordt. Daardoor zou de extra bescherming die het beheer door de medisch adviseur biedt gaan verwateren.

De werkzaamheden van medewerkers waarbij sprake is van beoordeling/taxatie/interpretatie van 'persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid' worden verricht onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Hiertoe behoren o.a. beslissingen tot het opvragen van (additionele) 'persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid' bij derden (nodig in het kader van de uitvoering van de verzekering), waaronder het nemen van beslissingen naar aanleiding van dergelijke gegevens in ieder geval onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Indien de medisch adviseur in dezen taken delegeert, dienen de betrokken medewerkers over een voldoende kwalificatieniveau te beschikken om dergelijke gegevens te kunnen interpreteren. De medisch adviseur delegeert een deel van zijn taken/werkzaamheden aan medewerkers van de zorgverzekeraar, de functionele eenheid. De medisch adviseur geeft functioneel leiding aan één of meerdere functionele eenheden. Het is - in het verlengde van de diens professionele (medisch inhoudelijke) verantwoordelijkheid - de organisatorische verantwoordelijkheid van de medisch adviseur om aan de leden van deze functionele eenheden slechts die persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid beschikbaar te stellen die nodig zijn voor het verrichten van hun werkzaamheden. De getroffen technische en organisatorische voorzieningen voor deze functionele eenheden vallen onder deze verantwoordelijkheid.

Een voorbeeld ten aanzien van de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur: de medisch adviseur beheert de persoonsgegevens betreffende de gezondheid en bepaalt of de gegevens verstrekt kunnen worden aan de verhaalschade-medewerker. Een medewerker van de zorgverzekeraar die verhaalschade-werkzaamheden verricht heeft meer gedetailleerde informatie nodig van de behandelend arts, bijvoorbeeld om de causaliteit aan te tonen. Het opvragen bij de behandelend arts geschiedt op grond van de gedragsregel onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Als vervolgens de verhaalschade-medewerker de gegevens raadpleegt, geschiedt ook dit onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, welke verantwoordelijkheid is blijven voortbestaan. Als deze medewerker echter slechts de ter beschikking staande declaratiegegevens gebruikt ontstaat daar geen verantwoordelijkheid voor de medisch adviseur voor.

Het feit dat gegevens onder de persoonlijke verantwoordelijkheid van de medisch adviseur worden verwerkt, sluit niet uit dat de zorgverzekeraar in wiens opdracht de medisch adviseur zijn werkzaamheden verricht, hiervoor eindverantwoordelijk blijft. Indien bij deze verwerking fouten worden gemaakt is voor de betrokken (aspirant-) verzekerde vaak moeilijk vast te stellen wie hiervoor aansprakelijk is, met name als de medisch adviseur niet in dienstverband bij de zorgverzekeraar werkzaam is. Het belang van betrokkene vereist dat hij in dat geval kan volstaan met de zorgverzekeraar aansprakelijk te stellen. Dit betekent overigens geen uitbreiding van de op de medisch adviseur rustende medisch tuchtrechtelijke aansprakelijkheid uit hoofde van zijn beroep (vergelijk art. 7:462 lid 1 BW). De medisch adviseur behoort door het management in de gelegenheid gesteld te worden zijn verantwoordelijkheid te dragen, vandaar dat in de

gedragsregel de medisch adviseur en het bestuur de gemeenschappelijke verantwoordelijkheid dragen voor de verwerking (Memorie van Toelichting bij de Wbp onder artikel 1, onder d, Kamerstukken II, 1997/98, 25 892, nr. 3, blz. 58). Tenslotte kan de medisch adviseur (ook tuchtrechtelijk) aangesproken worden op deze verantwoordelijkheid. De medisch adviseur is echter niet de verantwoordelijke voor de verwerking in de zin van de Wbp.

4. Artikel 6.1.3 van de Gedragscode stelt toestemming via een 'machtiging' (schriftelijk toestemming) door de betrokkene als voorwaarde voor 'het verzamelen van gegevens (door de zorgverzekeraar) omtrent iemands gezondheid bij anderen dan de betrokkene'. Deze gedragsregel vervangt deze strikte toestemmingsvoorwaarde door een meer genuanceerdere variant, die recht doet aan de kenmerkende bestaande praktijk dat tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars gegevens worden uitgewisseld waarvoor een schriftelijke toestemming van de verzekerde voor de betreffende concrete gegevens uitwisseling niet op zijn plaats is. Waar in deze gedragsregel wordt gesproken over "zorgaanbieder", wordt bedoeld op de individuele hulpverlener.

b./c. Gedragsregel 4 b. betreft de situatie waarin de zorgaanbieder namens de verzekerde toestemming vraagt voor vergoeding van een behandeling bij de zorgaanbieder. De hulpverlener dient, alvorens hij namens de verzekerde een aanvraag indient voor een machtiging, de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde te hebben verkregen voor het verstrekken van de noodzakelijke persoonsgegevens betreffende de gezondheid aan de zorgverzekeraar. Deze toestemming hoeft niet schriftelijk te worden gegeven, maar dit verdient wel de voorkeur. Het feit dat de verzekerde uitdrukkelijke toestemming moet geven betekent (zie de toelichting bij artikel 1 sub g) dat de verzekerde moet weten wat de aard en omvang van de gegevensverstrekking van de hulpverlener aan de zorgverzekeraar is. Daaruit volgt ook reeds dat de toestemming van de verzekerde zich wel uitstrekt tot het (op verzoek van de verzekeraar) geven van uitleg over de reeds verstrekte gegevens, maar niet tot het geven van aanvullende informatie (zeker niet indien die informatie bij een andere hulpverlener, al dan niet werkzaam bij dezelfde zorgaanbieder, wordt opgevraagd).

De zorgverzekeraar mag de persoonsgegevens betreffende de gezondheid, die hij heeft ontvangen voor het beoordelen van de aanvraag, niet verwerken indien hij signalen heeft die erop wijzen dat de zorgaanbieder hiervoor geen uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde heeft verkregen, omdat deze persoonsgegevens dan namelijk in strijd met het medisch beroepsgeheim zijn verstrekt.

Gedragsregel 4c. betreft de situatie waarin de verzekerde zelf toestemming vraagt voor de vergoeding van een behandeling bij de zorgaanbieder.

Het kan nodig zijn dat de zorgverzekeraar aanvullende informatie over dezelfde behandeling wil opvragen bij de zorgaanbieder die in eerste instantie de informatie heeft verstrekt (waarbij het eerste initiatief is genomen door de zorgaanbieder conform gedragsregel 4b, dan wel op verzoek van de verzekerde zelf conform gedragsregel 4c), dan wel bij een andere zorgaanbieder. Voor deze aanvullende informatie zal de zorgverzekeraar zich eerst tot de verzekerde wenden voor het verkrijgen van uitdrukkelijke toestemming voor het opvragen van deze aanvullende informatie als:

- het de zorgaanbieder betreft die in eerste instantie informatie heeft verstrekt, en de aanvullende informatie buiten de reikwijdte van de oorspronkelijke toestemming valt (zie boven);

- het een andere zorgaanbieder betreft, dan degene die in eerste instantie de informatie heeft verstrekt.

Een voorbeeld is de situatie waarin bij een vrouw sprake van littekenweefsel is als gevolg van het afstaan van een nier aan haar kind. Dit littekenweefsel veroorzaakt medische klachten, waarvoor ze de plastisch chirurg consulteert. De zorgverzekeraar kan in het kader van de aanvraag voor plastische chirurgie, in aanvulling op de in eerste instantie verstrekte gegevens door de plastisch chirurg, ook gegevens willen opvragen bij de chirurg die de niertransplantatie heeft verricht om te bepalen of de aanvraag van de plastisch chirurg een medisch dan wel esthetisch karakter heeft. Dit om in casu te kunnen bepalen of de aanvraag op grond van de verzekeringsvoorwaarden voor vergoeding in aanmerking komt.

5. Het feit dat een verzekerde kan besluiten geen toestemming te geven om in afwijking van artikel 87 Zvw gegevens uit te wisselen tussen de zorgverzekering en aanvullende verzekeringen (zie artikel 3.0.9) is in ieder geval geen grond om de verzekering te beëindigen.
6. Artikel 6.1.4 van de Gedragscode is vervangen door een vergelijkbare bepaling, waarbij de reikwijdte is verruimd, enerzijds door deze te laten gelden voor alle persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid (dus niet alleen 'eigen verklaringen van verzekerden'), en anderzijds door gebruik van bedoelde gegevens voor de uitvoering van een publiekrechtelijke taak. Het verwerkingsdoel 'uitvoering van een financieringsovereenkomst' is niet overgenomen, aangezien deze niet relevant is voor een zorgverzekeraar.

Volgens deze gedragsregel mogen persoonsgegevens betreffende de gezondheid worden gebruikt indien en voorzover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. In dit kader wordt tevens verwezen naar de gedragsregels bij de onderwerpen "zorgbemiddeling" en "marketing".

Persoonsgegevens betreffende de gezondheid mogen worden gebruikt om een selectie te maken uit het verzekerdenbestand om verzekerden erop te wijzen 'dat een medicijn dat deze verzekerden slikken, of een behandeling door de hulpverlener waar zij onder behandeling zijn, door een wijziging in het pakket niet meer zal worden vergoed'. Zie bijvoorbeeld het Besluit zorgverzekering, waarin (artikel 2.8 lid 1a) de mogelijkheid is opgenomen tot het voeren van preferentiebeleid door zorgverzekeraars ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen. Dit houdt in dat de aanspraak van de verzekerde de op dat moment aangewezen middelen (welke binnen een groep zijn aangewezen op grond van hun prijs) betreft. Deze aangewezen middelen, waarop de verzekerde recht heeft, veranderen gedurende een kalenderjaar, zodat de verzekerde hierover geïnformeerd moet worden.

Indien een geselecteerde groep verzekerden wordt aangeschreven, dient de kans dat de informatie, dat de betreffende verzekerde onder behandeling is bij een bepaalde hulpverlener, een bepaald medicijn gebruikt of aan een bepaalde aandoening lijdt, bij derden terecht komt, zo klein mogelijk te zijn. Het schrijven van een brief aan verzekerden brengt het risico met zich mee dat huisgenoten van de betreffende verzekerde de post openen, of dat verzekerden die de Nederlandse taal onvoldoende beheersen de brief moeten laten vertalen door derden. Dat betekent dat de mededeling aan de verzekerde met de nodige zorgvuldigheid moet worden geschreven. De boodschap zal een algemeen, informatief karakter moeten hebben. De mededeling zal bijvoorbeeld niet mogen luiden "wij willen u als gebruiker van anti-retrovirale

middelen erop wijzen dat ...”, maar bijvoorbeeld wel “wij willen u erop wijzen dat anti-retrovirale middelen ...”. Daarnaast verdient het aanbeveling om bij een dergelijke mailing “persoonlijk” of “vertrouwelijk” bij de adressering te zetten.

Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen enerzijds materiële en anderzijds formele uitvoering (administreren sofi-/BSN-nummers, afhandelen bezwaarschriften). Materiële uitvoering van de AWBZ vindt voor het grootste gedeelte plaats door het zorgkantoor. De formele uitvoering ligt bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar mag uitsluitend over AWBZ-gerelateerde persoonsgegevens beschikken voor zover deze noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de AWBZ.

Ten behoeve van de verwerking van de persoonsgegevens dient ook gedragsregel 3.0.9 te worden nageleefd.

7. De zorgverzekeraar bewaart in het geval een verzekeringsovereenkomst niet tot stand komt de persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid maximaal 12 maanden gerekend vanaf het moment dat de gegevens zijn verstrekt. *Hierbij kan gedacht worden aan de situatie dat een aspirant verzekerde, alvorens hij een keuze voor een zorgverzekeraar maakt, diverse offertes bij verschillende zorgverzekeraars aanvraagt en na een vergelijking een keuze maakt. Na het verlopen van de termijn van de offerte zou de aspirant verzekerde opnieuw alle gegevens dienen te verstrekken indien de zorgverzekeraar de gegevens niet zou hebben bewaard.* Het bewaren van het enkele gegeven dat een afwijzing of een intrekking bij een bepaalde verzekerde heeft plaatsgevonden, is toegestaan. Dit om te voorkomen dat een ‘shoppende aspirant-verzekerde’ meerdere keren opnieuw een aanvraag doet, die vervolgens in behandeling moet worden genomen. Dit persoonsgegeven mag door de zorgverzekeraar op concernniveau toegankelijk zijn.
8. Na het beëindigen van de overeenkomst worden gegevens bewaard gedurende een periode van maximaal zeven jaar gerekend vanaf het moment van beëindiging. Dit is de bewaartermijn die geldt op grond van artikel 10 boek 2 BW. Tevens sluit deze termijn aan bij de Zorgverzekeringswet (artikel 86). Het bewaren van de gegevens is noodzakelijk om eventuele na beëindiging van de overeenkomst opkomende of met de overeenkomst verband houdende vorderingen te kunnen beoordelen. Indien en voor zover de persoon in kwestie niet wenst dat zijn NAW-gegevens voor marketingdoeleinden gebruikt worden kan hij recht van verzet aantekenen op grond van artikel 41 Wbp. Indien de betreffende persoon hiervan gebruik maakt moet de zorgverzekeraar hem uit het adressenbestand verwijderen.
9. a. Enkele voorbeelden ter illustratie van deze gedragsregel:
Het is toegestaan dat een zorgverzekeraar NAW-gegevens en geboortedata van zijn verzekerden verstrekt aan een tot hetzelfde concern behorende pensioenverzekeraar, teneinde die in de gelegenheid te stellen de betrokkenen door middel van een mailing te attenderen op het nut van het sluiten van een aanvullende pensioenverzekering.

Niet toegestaan is dat de zorgverzekeraar op basis van het claimgedrag van zijn verzekerden (dit zijn persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid) een selectie toepast en de resultaten van die selectie doorgeeft aan de eveneens tot het concern behorende arbeidsongeschiktheidsverzekeraar.

Een voorbeeld van een belanghebbende buiten het concern is de Belastingdienst: in het kader van de controle met betrekking tot het opvoeren van buitengewone lasten (ziektelkosten) kan de Belastingdienst de zorgverzekeraar verzoeken nadere informatie te verstrekken over gedane uitkeringen in een jaar.

b. zie toelichting bij gedragsregel 3.6.4.

c/d. Momenteel (april 2006) ligt het wetsvoorstel marktordering gezondheidszorg (WMG) bij de Eerste Kamer der Staten-Generaal. Dit wetsvoorstel strekt er tevens toe artikel 87 Zorgverzekeringswet zodanig aan te passen dat het wordt toegestaan voor bepaalde doeleinden persoonsgegevens uit te wisselen tussen de zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekeringen. Ook deze wetwijziging verbiedt echter het uitwisselen van gegevens tussen zorgverzekering en aanvullende ziektekostenverzekeringen ten behoeve van het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering. Gedragsregel 3.0.9 b wijzigt hierdoor dan ook niet.

Zodra de aanpassing van artikel 87 Zorgverzekeringswet (via het wetsvoorstel WMG, zoals dat momenteel (april 2006) in de Eerste Kamer voorligt) een feit is, kan gedragsregel 3.0.10 (inclusief toelichting) als doorgehaald/verwijderd worden beschouwd, en geldt in plaats van de leden c en d van gedragsregel 3.0.9 (inclusief toelichting) het volgende:

3.0.9 aanhef en onder c/d:

De zorgverzekeraar zal persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid:

- c. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering, slechts gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering, indien en voor zover dit noodzakelijk is voor de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder, de geheel of gedeeltelijke vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde, de vaststelling van de eigen bijdragen, het eigen risico en de no-claim van de verzekerde, het uitoefenen van het verhaalsrecht, en het verrichten van formele en materiële controle en fraudeonderzoek.**
- d. die, in het kader van aan een verzekerde verleende zorg, van de verzekerde of de zorgaanbieder zijn verkregen ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende ziektekostenverzekering, slechts gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de zorgverzekering, indien en voor zover dit noodzakelijk is voor de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder, de geheel of gedeeltelijke vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde, de vaststelling van de eigen bijdragen, het eigen risico en de no-claim van de verzekerde, het uitoefenen van het verhaalsrecht, en het verrichten van formele en materiële controle en fraudeonderzoek.**

Zolang de bovengenoemde wetwijziging van artikel 87 Zorgverzekeringswet geen feit is, is de situatie echter als volgt.

Toestemming dient te worden gevraagd:

- als de verzekerde van zorgverzekeraar verandert;
- als de verzekerde voor het eerst een aanvullende ziektekostenverzekering sluit bij zijn huidige zorgverzekeraar.

ZN heeft met de minister van VWS afgesproken dat verzekerden en verzekeraars zo min mogelijk last moeten hebben van de overgang naar het nieuwe zorgstelsel begin 2006. In het verlengde van deze afspraak is, mede gezien het feit dat de meeste verzekerden in de overgangperiode naar verwachting stilzwijgend het aanbod van hun verzekeraar zullen accepteren, tevens afgesproken dat geen uitdrukkelijke toestemming hoeft te worden gevraagd voor polissen die tussen 1 januari en 1 mei 2006 worden afgesloten.

Toestemming impliceert dat deze door de verzekerde weer kan worden ingetrokken. De toestemming kan worden ingetrokken onder dezelfde voorwaarden als de verzekeringsovereenkomst door de verzekerde kan worden opgezegd of gewijzigd (zie de polisvoorwaarden). Over het algemeen is dit eenmaal per jaar mogelijk.

Op grond van artikel 21 Wbp mogen persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door een zorgverzekeraar worden verwerkt voorzover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Op grond van artikel 87 Zvw verstrekt de zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg heeft verleend aan de zorgverzekeraar dan wel de verzekerde de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, die voor de zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering. Op grond van art. 87 lid 5 hebben personen werkzaam bij een zorgverzekeraar t.a.v. deze gegevens een geheimhoudingsplicht, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen tot mededeling verplicht. Het voorgaande betekent dat persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, verkregen in het kader van de uitvoering van de Zvw, in beginsel niet mogen worden verstrekt aan de aanvullende verzekering en vice versa.

Als de verzekerde bij dezelfde verzekeraar, of bij twee verschillende verzekeraars die behoren tot hetzelfde concern en handelen onder dezelfde naam, echter zowel een hoofdverzekering als een aanvullende verzekering heeft afgesloten, en het recht op een bepaalde vergoeding krachtens de aanvullende verzekering direct afhankelijk/gerelateerd is aan het gebruik maken c.q. hebben gemaakt van een recht op vergoeding krachtens de hoofdverzekering, kan het voor de uitvoering van de aanvullende verzekering nodig zijn om te beschikken over gegevens uit de hoofdverzekering. Indien een verzekerde bijvoorbeeld een behandeling ondergaat die op basis van de hoofdverzekering slechts gedeeltelijk voor vergoeding in aanmerking komt, maar waarvoor een aanvullende vergoeding vanuit de aanvullende verzekering mogelijk is, moet de zorgverzekeraar voor een goede uitvoering van de aanvullende verzekering ook toegang hebben tot de declaratiegegevens uit de hoofdverzekering.

In afwijking van artikel 87 Zvw is het mogelijk om gegevens die zijn verkregen in het kader van de uitvoering van de hoofdverzekering te gebruiken ten behoeve van de uitvoering van de aanvullende verzekering en omgekeerd, indien daartoe de "uitdrukkelijke toestemming" is verkregen van de betreffende verzekerde. Zie in dit verband echter wel artikel 3.0.10.

Toestemming houdt in: "elke vrije, specifieke en op informatie berustende wilsuiting, waarmee betrokkene aanvaardt dat hem betreffende persoonsgegevens worden verwerkt" (artikel 1 onder i. Wbp). De toestemming moet betrekking hebben op een bepaalde gegevensverwerking of een beperkte categorie van gegevensverwerkingen. Een algemeen geformuleerde machtiging voor gegevensverwerking zonder nadere specificatie van het doel en de soorten van gegevens, voldoet niet aan dit vereiste en levert geen rechtsgeldige toestemming op. Het moet in dit geval gaan om "het gebruik van gegevens die zijn verkregen in het kader van de uitvoering van de hoofdverzekering voor de uitvoering van de aanvullende verzekering, voorzover die gegevens

ook noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de aanvullende verzekering omdat het recht op vergoeding krachtens de aanvullende verzekering direct afhankelijk of gerelateerd is aan het gebruik maken c.q. hebben gemaakt van een recht op vergoeding krachtens de hoofdverzekering.”

Voor “uitdrukkelijke toestemming” is stilzwijgende of impliciete toestemming onvoldoende. De betrokkene dient in woord, geschrift of gedrag uitdrukking te hebben gegeven aan zijn wil toestemming te verlenen, waarbij hierover geen twijfel mag bestaan. Dat wil zeggen dat een bepaling in de polisvoorwaarden van verzekerde onvoldoende is om de geheimhoudingsplicht ex art. 87 lid 5 Zvw te doorbreken.

Bij het vragen om toestemming moet de betrokkene worden ingelicht over de verschillende aspecten van de gegevensverwerking die voor hem van belang zijn. Ingeval van een klacht of claim moet de verzekeraar achteraf wel kunnen aantonen dat een bepaalde toestemming is verleend en waarvoor. Daarnaast zal zonodig bewezen moeten kunnen worden dat in het concrete geval de toestemming aan alle eisen voldoet (zoals: berustend op informatie). Om die reden verdient het de voorkeur om de verzekerde om schriftelijke toestemming te vragen. De vereiste, uitdrukkelijke toestemming kan gevraagd worden op het aanmeldingsformulier voor de verzekering. Het is mogelijk om dit te doen door middel van een afzonderlijke vraag op het aanmeldingsformulier, maar ook door bijvoorbeeld het aanbieden aan de aspirant-verzekerde van twee verschillende aanmeldingsformulieren (waarop de verzekerde in het ene geval verklaart toestemming te geven en in het ander geval verklaart deze toestemming te onthouden). Het invullen van een bepaald formulier door de (aspirant-)verzekerde mag als het verlenen van uitdrukkelijke toestemming worden beschouwd, mits het voor de betrokkene uit de tekst van het formulier of de context waarin hij het formulier invult, duidelijk is dat zijn persoonsgegevens worden verwerkt en voor welk doel. Een gebruik van een afzonderlijk ‘toestemmingsformulier’ is natuurlijk ook mogelijk.

- Het verzoek om toestemming kan in principe niet op polisniveau gevraagd worden, maar dient op persoonsniveau te worden gevraagd;
- De toestemming dient zorgvuldig te worden geformuleerd, zodat er geen twijfel over de strekking kan bestaan. Dit betekent dat de figuur, waarbij bezwaar gemaakt moet worden wanneer géén toestemming gegeven zal worden, niet is toegestaan;
- Het feit dat een betreffende verzekerde toestemming heeft verleend dient geregistreerd te worden, dan wel geregistreerd dienen te worden de verzekerden die geen toestemming hebben verleend;
- Gegevens mogen voor geen ander doel gebruikt worden dan waarvoor toestemming is gegeven. De toestemming mag slechts worden gevraagd voor de doelen, omschreven in artikel 3.0.10.

Een voorbeeld van de uitwisseling van gegevens betreffende iemands gezondheid tussen zorgverzekering en aanvullende verzekering vindt plaats ten behoeve van de vergoeding van het 10e verrichtingentarief bij fysiotherapie bij een chronische indicatie. Deze kan slechts ten laste van de zorgverzekering vergoed worden, als bekend is dat de eerst 9 verrichtingen voor eigen rekening of voor rekening van de aanvullende verzekering zijn gekomen. In een dergelijk geval mag deze informatie tussen aanvullende en zorgverzekering met toestemming van de verzekerde uitgewisseld worden.

10. Zoals reeds uit artikel 3.0.9 onder a volgt, mag onder meer geen toestemming worden gevraagd voor het uitwisselen van gegevens ten behoeve van beoordeling en acceptatie voor een aanvullende ziektekostenverzekering.

Deze gedragsregel ziet op het verstrekken van persoonsgegevens betreffende de gezondheid van basis- naar aanvullende ziektekostenverzekering, en vice versa.

Zoals aangegeven in de toelichting bij de gedragsregels 3.0.9 c en d kan gedragsregel 3.0.10 (inclusief toelichting), zodra de aanpassing van artikel 87 Zorgverzekeringswet (via het wetsvoorstel WMG, zoals dat momenteel (april 2006) in de Eerste Kamer voorligt) een feit is, als doorgehaald/verwijderd worden beschouwd.

3.1 Zorginkoop

1. De zorgverzekeraar gebruikt ten behoeve van zijn zorginkoop slechts informatie op geaggregeerd niveau.
2. Gegevens betreffende zorginstellingen zullen over het algemeen niet tot personen herleidbare gegevens bevatten. Dit is anders als het gegevens betreft van individuele beroepsbeoefenaren. Over het algemeen zullen in dit geval de gegevens tot deze beroepsbeoefenaren herleidbaar zijn, en is dus de Wbp en dit Addendum op deze persoonsgegevens van toepassing. Dit laat onverlet dat de zorgverzekeraar 'spiegelinformatie' (vergelijkbare productie-informatie per beroepsgroep) aan de individuele beroepsbeoefenaar kan geven, waarbij geldt dat de informatie van de andere beroepsbeoefenaren niet tot individuele personen herleidbaar mag zijn.

3.2 Schadebehandeling

1. In het verzekeringsrecht wordt aangenomen dat de verzekerde die schade geleden heeft, recht heeft op vergoeding van die schade. Alleen de betreffende verzekerde heeft het recht om die vergoeding van de verzekeraar te vorderen. Het is dus ook de betreffende verzekerde die er belang bij heeft om geïnformeerd te worden over de wijze waarop de schade wordt afgewikkeld. Als hij het hier niet mee eens is, moet hij immers de mogelijkheid hebben om tegen de afwikkeling in bezwaar of beroep te gaan. Dat kan alleen als hij over de vereiste informatie beschikt. Voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst is het dus noodzakelijk dat de verzekerde die schade lijdt (of zijn wettelijke vertegenwoordiger) geïnformeerd wordt over de afhandeling van de ingediende nota's.

Bij ziektekostenverzekeringen wordt in het verzekeringsrecht aangenomen dat de verzekeringnemer, die een verzekering heeft gesloten ten behoeve van zijn gezin, ook alle in het gezin vallende ziektekosten voor zijn rekening neemt. Deze gedachte is enerzijds gebaseerd op de wettelijke zorgplicht, die de verzekeringnemer als echtgenoot en ouder (of voogd) heeft tegenover zijn partner en kinderen tot 21 jaar (art. 1:81, 1:392, 1:395a en 1:404 BW), anderzijds op het feit dat minderjarige kinderen (tot 18 jaar) met betrekking tot het beheer van hun vermogen en burgerlijke rechtshandelingen onder het gezag van hun ouders staan. De ouder heeft dus het recht om als wettelijk vertegenwoordiger van (en zorgplichtige voor) het kind uitkering van schade te vorderen. Zie: F.R. Salomons, Verzekering ten behoeve van een derde (Zwolle, 1996), blz. 13, 14, 136 en 400.

Nu het de verzekeringnemer is die recht heeft op de schadevergoeding, heeft hij tevens recht op de bijbehorende informatie, voorzover dit noodzakelijk is voor de uitoefening van zijn vorderingsrecht.

Het klassieke voorbeeld is de verstrekking van informatie aan de verzekeringnemer (hoofdverzekerde) ten behoeve van de inning van de eigen bijdrage. De verzekeringnemer (hoofdverzekerde) heeft recht op informatie om te kunnen beoordelen of terecht een eigen bijdrage wordt verlangd. Aan de andere kant heeft de verzekerde (medeverzekerde) recht op de noodzakelijke bescherming van zijn of haar privacy. Denk hierbij aan de dochter die de pil slikt of een abortus heeft ondergaan. In dit geval dient de toelichting op de terugvordering zodanig te worden omschreven dat niet blijkt dat het de pil betreft (bijvoorbeeld als omschrijving 'farmaceutische middelen').

Als bij een collectieve verzekering de werkgever als verzekeringnemer optreedt, zijn het de verzekerde werknemers of hun gezinsleden die de ziektekosten maken en dus recht hebben op uitkering. De informatie over de schadeafhandeling dient dan niet naar werkgever, maar naar de schadelijdende verzekerde of diens wettelijk vertegenwoordiger (doorgaans de werknemer) te worden gestuurd.

2. Ten behoeve van verhaal van schade wordt gecorrespondeerd met aansprakelijk gestelde (rechts)persoon dan wel zijn verzekeraar. Van verzekerde mag verwacht worden dat hij bereid is mee te werken aan het verhalen van de aan hem uitgekeerde schade door de zorgverzekeraar, tenzij dit niet in redelijkheid van de verzekerde verlangd kan worden. Dit kan bijvoorbeeld niet van verzekerde verlangd worden als de schade verhaald wordt bij iemand die hem mishandeld heeft. Als de verzekerde ten onrechte niet meewerkt aan het verhalen van schade dan kan dit voor hem nadelige financiële consequenties hebben in die zin dat schade niet (geheel) wordt uitgekeerd. Ten behoeve van het verhalen van schade willen de zorgverzekeraars graag een melding van zorgaanbieders ontvangen, wanneer één van hun verzekerden mogelijk slachtoffer is geworden van een ongeval of geweld. Het verbod op het verwerken van gegevens betreffende de gezondheid uit artikel 16 Wbp staat hieraan echter in de weg, waardoor deze melding slechts is toegestaan met uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde. Het CBP acht dit een omissie in de Wbp en heeft op 12 juli 2005 aan de Minister van Justitie geadviseerd de Wbp op dit punt te wijzigen. Het advies van het CBP houdt in om de Wbp zodanig te wijzigen, dat in die gevallen waarin evident sprake is van een ongeval, mag worden uitgegaan van veronderstelde toestemming aan de zorgaanbieder voor de melding daarvan aan de zorgverzekeraars. Het ziekenhuis dient de betreffende verzekerden dan wel over deze werkwijze te informeren en bovendien moet de verzekerde een mogelijkheid krijgen een dergelijke verstrekking van gegevens in concreto te blokkeren. Zolang de Wbp op dit punt niet is aangepast, geldt de eis van uitdrukkelijke toestemming echter onverkort. Na eventuele aanpassing van de Wbp, zal ook het Addendum bij de eerstvolgende gelegenheid worden aangepast. In de periode tussen de aanpassing van de Wbp en aanpassing van het Addendum kan hierop geanticipeerd worden.
3. Statistische informatie wordt gegenereerd ten behoeve van het opstellen van risicoprofielen voor het acceptatiebeleid. Dit is ook het geval ten aanzien van het aanbieden van collectiviteiten.

3.3 Beheersen schadelast

1. Voor het vinden van grote kostenposten en het vervolgens onderzoeken van/bedenken van (beleidsmatige) besparingsmogelijkheden worden geen tot natuurlijke personen herleidbare profielen gebruikt.

3.4 Premie inning

1. De zorgverzekeraar kan gegevens over het betalingsgedrag opvragen binnen zijn eigen organisatie of bij derden ter toetsing van de betalingsmoraal van de (aspirant)verzekerde. Met het opvragen bij hiervoor genoemde derden wordt bedoeld op collega-verzekeraars of banken, die elkaar via de Externe Verwijzing Register (zie ook de toelichting bij gedragsregel 9.2) attenderen. De termijn van 5 jaar sluit aan bij de periode gedurende welke de zorgverzekeraar een verzekeringsplichtige voor de Zorgverzekeringswet kan weigeren op grond van artikel 3.

3.5 Marketing

1. Als de zorgverzekeraar bijvoorbeeld voornemens is een mailing uit te sturen mogen hiervoor geen persoonsgegevens betreffende de gezondheid of andere bijzondere persoonsgegevens worden gebruikt. De zorgverzekeraar mag hiervoor wel NAW-gegevens en geboortedata gebruiken.

Het is bijvoorbeeld toelaatbaar als een zorgverzekeraar NAW-gegevens en geboortedata van zijn verzekerden verstrekt aan een tot hetzelfde concern behorende pensioenverzekeraar, teneinde die in de gelegenheid te stellen de betrokkenen door middel van een mailing te attenderen op het nut van het sluiten van een aanvullende pensioenverzekering. In dit geval zijn de gevolgen voor de betrokkene niet ingrijpend en zal de context waarin de gegevens worden gebruikt die gegevens niet zodanig gevoelig maken dat gesproken moet worden van een gebruik dat onverenigbaar is met het doel waarvoor de gegevens door de zorgverzekeraar zijn verkregen.

Dat wordt anders als de zorgverzekeraar op basis van het claimgedrag van zijn verzekerden een selectie toepast en de resultaten van die selectie doorgeeft aan de eveneens tot het concern behorende arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. In dat geval worden de gegevens door de context waarin ze worden gebruikt dermate gevoelig dat in combinatie met de andere factoren niet meer gesproken kan worden van verenigbaar gebruik.

Volstrekt onverenigbaar is het gebruik van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid die verkregen zijn bij de uitvoering van de basis- of AWBZ-verzekering voor risicoselectie ten behoeve van de aanvullende ziektekostenverzekering.

3.6 Beoordelen en accepteren

1. Op grond van artikel 7:464 Burgerlijk Wetboek (in de volksmond ook wel 'Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst' genoemd) moet de verzekerde in de gelegenheid worden gesteld om mee te delen dat hij niet wenst dat het advies aan de verzekeraar wordt gegeven. Een positief advies hoeft niet gecommuniceerd te worden, aangezien dit tot de gewenste acceptatie zou leiden. Dit zogenoemde 'blokkeringsrecht' is van belang in het geval van een afwijkend advies (advies dat kan leiden tot afwijzing, het uitsluiten van een bepaalde dekking, een verhoogde premie, etc.). *De zorgverzekeraar stelt een aspirant-verzekeringnemer desgewenst in de gelegenheid als eerste kennis te nemen van een afwijkend advies.* De verzekerde moet bovendien op de hoogte gesteld worden van de consequenties van een eventuele weigering.
2. Deze gedragsregel is ontleend aan het Moratorium erfelijkheidsonderzoek Verbond van Verzekeraars en beoogt voor de ziektekostenverzekering een analoog gedrag tot stand te brengen. De toelichting in genoemd Moratorium is eveneens van analoge toepassing op deze gedragsregels. In aanvulling op de toelichting in het Moratorium van het Verbond geldt het volgende: Een verzekeraar kan evenmin aan een aspirant-verzekerde vragen om informatie te geven over het feit dat hij onderwerp is (geweest) van een erfelijkheidsonderzoek of is gevraagd

aan een erfelijkheidsonderzoek deel te nemen. Ook is het niet aanvaardbaar dat de verzekerde wordt tegengeworpen dat hij, kennis hebbend van een verhoogd erfelijk risico, hier de zorgverzekeraar niet over heeft geïnformeerd. Als de aspirant-verzekerde reeds de ziekteverschijnselen heeft die verbonden zijn aan een erfelijke ziekte dan moet hij dit wel melden. Wanneer algemene informatie wordt gevraagd over te verwachten dan wel gemaakte ziektekosten, dient de aspirant-verzekerde deze (naar waarheid) te verstrekken.

3. Welke informatie "strikt noodzakelijk" is, is ter beoordeling en verantwoordelijkheid van de medisch adviseur.
4. Het gebruik van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid die verkregen zijn bij de uitvoering van de zorgverzekering of AWBZ-verzekering voor acceptatie (risicoselectie) ten behoeve van de aanvullende ziektekostenverzekering is niet toegestaan op grond van deze gedragsregel. Hierbij is het niet relevant of de verschillende verzekeringen worden uitgevoerd binnen één rechtspersoon dan wel binnen één concern met verschillende rechtspersonen. De medisch adviseur mag zijn advies over de acceptatie uitsluitend baseren op de verstrekte informatie op het aanvraagformulier en de informatie van derden (in het algemeen de zorgaanbieder). Hij doet dit slechts nadat de aspirant-verzekerde uitdrukkelijke toestemming heeft gegeven voor het opvragen van de persoonsgegevens betreffende diens gezondheid. Voor de aspirant-verzekerde toestemming kan geven voor het opvragen van deze gegevens bij de zorgaanbieder, is vereist dat hij weet welke informatie de zorgverzekeraar nog nodig heeft en bij welke zorgaanbieder deze dient te worden opgevraagd. Als er bijvoorbeeld sprake is van verlaging van het eigen risico binnen hetzelfde product dan mogen de declaratiegegevens wel gebruikt worden. De reden die hieraan ten grondslag ligt is dat in laatst geschetste situatie niet sprake is van een nieuwe overeenkomst, maar de wijziging van een bestaande. Vanzelfsprekend kunnen de intern en externe verwijzingsindexen in het kader van fraudebestrijding worden geraadpleegd.
5. *Een voorbeeld van een verzekering waarvoor een wettelijke acceptatieplicht bestaat is de zorgverzekering in de zin van de Zorgverzekeringswet*
6. De uitdrukkelijke toestemming kan via een door verzekerde te ondertekenen toestemmingsformulier ten behoeve van 'beoordelen en accepteren' worden vormgegeven. Hierbij dient sprake te zijn van gerichte vragen van de medisch adviseur aan de behandelend arts om feitelijke informatie (zoals bepaald in de Gedragsregels van de KNMG inzake het omgaan met persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid), waarvoor specifieke, gerichte toestemming van de verzekerde dient te worden verkregen. Voor de aspirant-verzekerde betekent dit dat deze toestemming kan geven voor het opvragen van gegevens bij de zorgaanbieder, als hij weet welke informatie de zorgverzekeraar nodig heeft en bij welke zorgaanbieder deze dient te worden opgevraagd.

3.7 Zorgbemiddeling

1. *In de uitspraak 97.K.206.3 heeft de Registratiekamer (rechtsvoorganger College Bescherming Persoonsgegevens) zich uitgesproken over het gebruik van declaratiegegevens door een zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar wees patiënten die langdurig en regelmatig een bepaald geneesmiddel gebruikten op de mogelijkheid deze medicijnen via een postorderapotheek te ontvangen. De Registratiekamer is van mening dat selectie op de vraag 'of iemand*

geneesmiddelen gebruikt' (en dit langdurig is en welk bedrag hiermee is gemoeid) is toegestaan, indien er geen sprake is van selectie op soort medicijn en de betreffende gegevens rechtmatig verkregen zijn, sprake is van verenigbaar gebruik en sprake is van voldoende verwantschap. Er mag dus gelet op deze uitspraak wel gebruik worden gemaakt van algemene criteria ten behoeve van het aanschrijven van verzekerden voor het doen van een zorgbemiddelingsaanbod, zoals het bedrag dat gemoeid is met medicijngebruik, of de duur van het medicijngebruik.

2. De verzekerde dient te verzoeken om individuele zorgbemiddeling (bijvoorbeeld wachtlijstbemiddeling). Hiermee wordt toestemming voor het gebruik van zijn persoonsgegevens betreffende de gezondheid verondersteld. Slechts die persoonsgegevens worden gebruikt die nodig zijn voor de betreffende bemiddeling. Op het aanvraagformulier en/of in de verzekeringsvoorwaarden kan de zorgverzekeraar de verzekerde erop attenderen dat deze kan verzoeken om zorgbemiddeling.

Een voorbeeld waaruit bleek dat toestemming vereist is om declaratiegegevens te mogen gebruiken voor het aanschrijven van een specifieke groep verzekerden ten behoeve van het doen van een toegesneden zorgbemiddelingsaanbod is de uitspraak van het CBP z1998-0919 (Diabetespas).

3.8 Materieel controleren

1. In de polissen van zorgverzekeraars is ten behoeve van materiële controle een bepaling opgenomen vergelijkbaar met 'De zorgverzekeraar verricht materiële controle en fraudeonderzoek overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet'.
2. Door deze gedragsregel verbinden zorgverzekeraars zich tot het naleven van het protocol materiële controle. Zorgverzekeraars zijn daarnaast ook reeds aan dit protocol gebonden op grond van de ministeriële regeling bij de Zvw.
4. In deze gedragsregel wordt bepaald dat de ten behoeve van controle verkregen diagnose-informatie slechts verder mag worden gebruikt om de doelmatigheid en rechtmatigheid vast te stellen. De zorgverzekeraar verkrijgt overigens niet alleen diagnose-informatie ten behoeve van controle, maar ook in het kader van de afwikkeling van declaraties, aangezien DBC's diagnose-informatie bevatten.
De doelmatigheid en rechtmatigheid wordt vastgesteld in de materiële controle. Ten behoeve van deze controle is een protocol opgesteld, dat de zorgverzekeraar moet volgen.
Voorbeelden ten aanzien van 'doelmatigheid' van de zorg zijn:
 - *Bij de aandoening staar (oogheelkunde) is vastgesteld dat de cataract operaties in meer dan 90% van de gevallen in een poliklinische setting kunnen uitgevoerd. De combinatie staar, cataractoperatie, met dagverpleging of opname is indien dit veelvuldig voorkomt een indicatie voor het leveren van niet doelmatige zorg.*
 - *In de heelkunde is de endoscopische operatietechniek steeds verder ontwikkeld en wordt veel meer toegepast. Of een endoscopische operatie doelmatige zorg is hangt af van de diagnose van de patiënt.*
 - *Als ook zieke zuigelingen (ten onrechte) in een couveuse worden gelegd zal dit blijken uit de grote aantallen zuigelingen die in een couveuse worden gelegd.*

3.9 Misbruik/oneigenlijk gebruik

1. In de polissen van zorgverzekeraars is ten behoeve van materiële controle een bepaling opgenomen vergelijkbaar met 'De zorgverzekeraar verricht materiële controle en fraudeonderzoek overeenkomstig hetgeen daarover voor de basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet
2. De uitwisseling van gegevens tussen zorgverzekeraars heeft tot gevolg dat de eindverantwoordelijkheid betreffende het beheer van deze gegevens bij de fraudecoördinatoren van de betrokken zorgverzekeraars ligt. De fraudecoördinator dient erop toe te zien dat degene die betreffende informatie wil raadplegen, dit uitsluitend doet in het kader van het deugdelijk uitvoeren van zijn werkzaamheden en tevens dat hij uitsluitend die informatie kan raadplegen voor zover dat relevant is voor zijn werk. Het een en ander is ter beoordeling aan de fraudecoördinator.
3. Gedragsregel is gebaseerd op het (nieuwe) verzekeringsrecht (boek 7 titel 17 Burgerlijk Wetboek).

3.10 Geschillen

1. De Geschillencommissie genoemd in de Gedragscode bindt alleen die zorgverzekeraars die zijn aangesloten bij het Verbond van Verzekeraars. Dit Addendum bindt alle zorgverzekeraars die zijn aangesloten bij Zorgverzekeraars Nederland. Het Addendum kan door colleges als het College Bescherming Persoonsgegevens, de Ombudsman, en andere geschilleninstanties (zoals de Raad van Toezicht Verzekeringen) worden betrokken bij de beoordeling van geschillen over de verwerking van persoonsgegevens tussen verzekerden en zorgverzekeraars.

Voor zover een geschil betrekking heeft op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet dient dit geschil ter heroverweging te worden voorgelegd aan de zorgverzekeraar. Als door de zorgverzekeraar niet tijdig wordt gereageerd, dan wel de zorgverzekeraar gemotiveerd aangeeft zijn oorspronkelijke beslissing te handhaven, kan de verzekeringnemer of de verzekerde zich wenden tot de bevoegde rechter.

In afwijking van het voorgaande kan de verzekeringnemer of de verzekerde het geschil voorleggen aan de geschillencommissie. Deze commissie kan een bindend advies uitbrengen, met inachtneming van het bepaalde in het op de commissie toepasselijke reglement.

2. Voor het in het kader van een klacht of een geschil verstrekken van persoonsgegevens aan de geschilleninstantie of rechter door de zorgverzekeraar mag de toestemming van de verzekerde volgens deze gedragsregel over het algemeen worden verondersteld. De geschillenregeling betreft de civielrechtelijke aansprakelijkheid van de zorgverzekeraar. Zoals in de gedragsregel staat is in geval van civiele schadeclaims jegens de medisch adviseur of de zorgverzekeraar, de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig voor het verstrekken van deze gegevens aan de geschilleninstantie of de rechter, indien en voor zover het gegevens betreft die worden verwerkt onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Indien de verzekerde geen toestemming geeft beperkt hij zijn tegenpartij echter in zijn verdediging, en zal de actie van de verzekerde waarschijnlijk weinig kans van slagen hebben. De rechter kan aan die weigering vermoedens ontlenuen ten nadele van de procespositie van de patiënt, of hem zelfs niet-ontvankelijk verklaren in zijn vordering. Zie H.J.J. Leenen, Handboek gezondheidsrecht Deel I, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, 2002, p.229-230.

Bijlage Verwijsindex van 'Addendum Zorgverzekeraars' naar 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen'

Naast de specifieke gedragsregels opgenomen in het Addendum Zorgverzekeraars zijn er bij een aantal bedrijfsprocessen ook algemene regels uit de Gedragscode van toepassing. In onderstaande tabel is aangegeven welke algemene gedragsregels dit zijn.

- 0. Algemeen** (algemene verwijzing naar hele Gedragscode)
- 1. Zorginkoop** (geen illustratieve verwijzing)
- 2. Schadebehandeling**
6.1.2, 6.1.3 (Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid)
- 3. Beheersen schadelast** (geen illustratieve verwijzing)
- 4. Premie inning** (geen illustratieve verwijzing)
- 5. Marketing**
5.4.1 - 5.4.5 (Verwerking persoonsgegevens in het kader van marketingactiviteiten)
7.2.1, 7.2.2 (Verzet)
- 6. Beoordelen en accepteren**
5.2.1, 5.2.2 (Verwerking van persoonsgegevens in het kader van het beoordelen en accepteren van \ (potentiële) cliënten, het aangaan en uitvoeren van overeenkomsten met een betrokkene en het afwickelen van het betalingsverkeer)
6.1.2, 6.1.3, 6.1.5, 6.1.7 (Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid)
6.2.1, 6.2.2 (Persoonsgegevens van strafrechtelijke aard)
- 7. Zorgbemiddeling** (geen illustratieve verwijzing)
- 8. Materieel controleren**
6.1.3 (Persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid)
- 9. Misbruik/oneigenlijk gebruik** (geen illustratieve verwijzing)
- 10. Geschillen**
10.2, 10.3 (Geschillen)

Bijlage

Protocol materiële controle

1. Begripsbepaling

Zoals uit zowel de ministeriële regeling op basis van artikel 87 Zvw, als uit het Addendum Zorgverzekeraars blijkt, moet een onderscheid worden gemaakt tussen formele controle en materiële controle. Zowel formele als materiële controles worden uitgevoerd ter voldoening aan een wettelijke verplichting en om de schadelast (en daarmee de premie) te beperken. Van zorgverzekeraars wordt maatschappelijk verwacht dat ze zich inspannen voor een beperkte stijging van de (macro) schadelast. De controles dienen structureel te worden uitgevoerd en derhalve in de bedrijfsvoering te worden ingebed.

Formele controle is (volgens Regeling zorgverzekering): een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- 1°. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;
- 2°. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;
- 3°. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is, en;
- 4°. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg is goedgekeurd of vastgesteld of een tarief is dat voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.

Formele controle is vaak opgenomen in declaratie- en betaalsystemen, maar kan ook op andere wijzen plaatsvinden, bijvoorbeeld handmatig of door een bezoek in de praktijk.

Materiële controle is (volgens Regeling Zorgverzekering):

- een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid');
- en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').

Doel van materiële controle

Voldoende zekerheid verwerven dat er geen sprake is van substantiële onrechtmatigheid en ondoelmatigheid in de gedeclareerde zorgverlening.

Nevendoel van materiële controle

Op geleide van sterke aanwijzingen voor oneigenlijk gebruik en/of fraude nader onderzoek doen op het niveau van individuele gevallen in verband met daaraan te verbinden consequenties jegens de betrokken zorgaanbieders en/of verzekerden.

De resultaten van de materiële controle kunnen, afhankelijk van de bevindingen, zowel leiden tot actie in de richting van de zorgaanbieder, als in de richting van de verzekerde.

De uitvoering van de materiële controle kan op verschillende wijzen plaatsvinden, waarbij - afhankelijk van de concrete omstandigheden van het geval - geen persoonsgegevens worden verwerkt, dan wel in meer of mindere mate sprake is van het door de zorgaanbieder verstrekken van (inzage in)

persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Het uitgangspunt daarbij is dat niet meer persoonsgegevens (door de zorgaanbieder) worden verstrekt, dan gezien de omstandigheden van het geval noodzakelijk is. Verstrekking van persoonsgegevens op een meer gedetailleerd niveau is slechts aan de orde, wanneer voor het onderzoek niet kan worden volstaan met minder gedetailleerde gegevens.

In dit protocol, dat als bijlage bij het Addendum Zorgverzekeraars daarmee een onlosmakelijk geheel vormt, wordt in hoofdlijnen beschreven op welke wijze de materiële controle wordt uitgevoerd en op welke wijze de vertrouwelijkheid van persoonsgegevens (waaronder die betreffende de gezondheid) wordt gewaarborgd. Dit protocol geeft de noodzakelijke handvatten voor de aanwending van de verschillende methodes van onderzoek ten behoeve van materiële controle; niet is beoogd (en dat is ook niet mogelijk) om regels te stellen waaruit voor elk geval dwingend het exacte controle-instrument voortvloeit.

2. Waarborgen vertrouwelijkheid persoonsgegevens, waaronder die betreffende iemands gezondheid

Zorgverzekeraars gaan zorgvuldig om met persoonsgegevens, waaronder die betreffende iemands gezondheid, die tijdens de controle beoordeeld dienen te worden. Hiervoor is een aantal basisregels gedefinieerd, die aangeven waaruit deze zorgvuldigheid bestaat:

- De zorgverzekeraar handelt conform de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen, in het bijzonder conform de gedragsregels zoals vermeld in het Addendum Zorgverzekeraars.
- De zorgverzekeraar respecteert de richtlijnen van de KNMG.

Bovendien geldt voor de omgang met persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid het navolgende:

- Ten behoeve van materiële controle maakt de zorgverzekeraar geen gebruik van tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid, tenzij uit onderzoek met niet tot de persoon herleidbare gegevens aanwijzingen naar voren komen die een redelijk vermoeden van ondoelmatig dan wel onrechtmatig handelen oproepen.
- In het kader van een eventueel naar aanleiding van zo'n redelijk vermoeden uitgevoerd nadere onderzoek blijft het gebruik van tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid beperkt tot hetgeen noodzakelijk en proportioneel is gelet op het doel van het onderzoek.
- Inzage in medische dossiers anders dan bij wijze van het inzien/opvragen van enkele dossiers is alleen dan te rechtvaardigen als het nader onderzoek gericht is op het vaststellen van fraude en/of oneigenlijk gebruik en het daaraan verbinden van bepaalde consequenties jegens de zorgaanbieder en/of de verzekerde. Wanneer er sprake is van een 'doelmatigheidsvraag' is het opvragen van alle medische dossiers namelijk niet proportioneel.
- De zorgverzekeraar vraagt ten behoeve van het verrichten van materiële controle alleen die persoonsgegevens op die noodzakelijk zijn voor die controle.
- Van persoonsgegevens die door de zorgverzekeraar ten behoeve van het verrichten van materiële controle van de zorgverlener of de verzekerde zijn verkregen, wordt geen gebruik gemaakt voor een ander doel dan materiële controle of de geheel of gedeeltelijke betaling aan een zorgaanbieder, de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie, het verrichten van

fraudeonderzoek of de vaststelling van de eigen bijdragen, het eigen risico of de no-claim van een verzekerde (zie Regeling Zorgverzekering).

- De zorgverzekeraar legt de door hem uitgevoerde controles vast om verantwoording aan en toetsing door de toezichthouders mogelijk te maken. Hierbij zal de zorgverzekeraar ervoor zorgdragen dat alleen die persoonsgegevens die noodzakelijk zijn worden bewaard.

3. Globale opzet materiële controle

Uitgangspunten:

De zorgverzekeraar verwerkt alleen persoonsgegevens bij zijn materiële controle als niet langs een andere weg een zelfde resultaat bereikt kan worden.

Hij hanteert hierbij tevens het uitgangspunt dat de ingezette maatregelen proportioneel zijn. Uit dit uitgangspunt vloeit voort dat de zorgverzekeraar in het kader van de materiële controle in eerste instantie niet tot verzekerden herleidbare gegevens gebruikt. Pas als uit analyse van die gegevens aanwijzingen naar voren komen die een redelijk vermoeden voor ondoelmatig handelen dan wel onrechtmatig handelen (van een bepaalde zorgaanbieder) oproepen, kan de verzekeraar aanvullende informatie (betreffende iemands gezondheid) verkrijgen door detailcontrole (zie hierna bij controle-instrument nr. 4).

Dit protocol materiële controle reikt instrumenten aan om aan de eisen van transparantie, proportionaliteit en subsidiariteit te voldoen. Als aan deze zorgvuldigheidseisen wordt voldaan, staat het medisch beroepsgeheim niet aan gegevensverstrekking in de weg.

Bij materiële controle gaat het om het vaststellen dat de zorg die wordt gedeclareerd ook feitelijk geleverd is en dat doelmatige zorg is geleverd. Deze controle wordt uitgevoerd om een goede uitvoering van de zorgverzekering te waarborgen en zich hierover te kunnen verantwoorden. Daarvoor is het niet noodzakelijk dat de zorgverzekeraar van 100% van de declaraties de materiële juistheid en doelmatigheid kan garanderen. Voor 100% zekerheid is het noodzakelijk altijd het medisch dossier te raadplegen. Het ontbreken van de noodzaak tot 100% zekerheid maakt het mogelijk andere middelen dan het raadplegen van verzekerden of het raadplegen van het medisch dossier in te zetten.

In de Zorgverzekeringswet worden eisen gesteld aan de betrouwbaarheid van de schadelast die in het vereveningsstelsel wordt ingebracht. Deze eisen zijn vergelijkbaar met de eisen die tot en met 2005 werden gesteld voor de verantwoording door de ziekenfondsen.

Voor de ziekenfondsen werd dit ingevuld doordat door de toezichthouder was bepaald dat zij met 95% zekerheid moesten kunnen garanderen dat niet meer dan 5% van de declaraties materieel onjuist is.

Controle-instrumenten:

Aan de zorgverzekeraar staan ten behoeve van de materiële controle diverse instrumenten ter beschikking. Het uitgangspunt is dat geen zwaardere of ingrijpender instrumenten worden ingezet dan gezien de concrete omstandigheden van het geval noodzakelijk is, en in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de verzekerden gerechtvaardigd is. In dit verband verdient vooral de inzet van het zwaarste instrument, te weten: kennisneming van gegevens betreffende iemands gezondheid uit het medisch dossier van de verzekerde, aandacht.

Terughoudend gebruik van die laatste bevoegdheid impliceert dat de zorgverzekeraar voor zover mogelijk volstaat met het gebruik van andere gegevens, dan de gegevens uit het medisch dossier van de zorgaanbieder, voor de materiële controle. Het is de zorgverzekeraar toegestaan inzage te verlangen in de in de individuele dossiers opgenomen gegevens betreffende iemands gezondheid, indien hij beschikt over aanwijzingen die een redelijk vermoeden van ondoelmatig handelen dan wel onrechtmatig handelen opleveren. Dit impliceert dat de verzekeraar een verzoek om verstrekking van individuele gegevens betreffende iemands gezondheid uit het medisch dossier moet kunnen onderbouwen met dergelijke aanwijzingen. Die aanwijzingen kunnen specifiek gericht zijn op een individueel geval, of ontleend zijn aan analyse van geaggregeerde gegevens. Voordat wordt overgegaan tot het verzoeken van inzage in een medisch dossier zal een zorgverzekeraar de zorgverlener normaliter eerst om nadere informatie vragen. Indien de zorgverzekeraar van oordeel is dat de verklaring van de zorgaanbieder onvoldoende antwoord geeft op de vragen die de zorgverzekeraar heeft, dan wel naar het oordeel van de zorgverzekeraar niet betrouwbaar is, kan de zorgverzekeraar besluiten inzage in het medisch dossier te vragen.

Wanneer de analyse van geaggregeerde gegevens aanleiding vormt voor inzage in individuele dossiers, geschiedt dit bij voorkeur steekproefsgewijs. Wanneer er sprake is van een 'doelmatigheidsvraag' is het opvragen van alle medische dossiers niet proportioneel. Als daaruit sterke aanwijzingen voor ondoelmatig handelen blijken, kan gebruik worden gemaakt van de bevoegdheid om alle dossiers in te zien.

De instrumenten die de zorgverzekeraar ten behoeve van de materiële controle in het algemeen ten dienste staan zijn:

1. Statistische analyse en risicoanalyse.

Bij deze analyses legt de zorgverzekeraar relaties met historische gegevens en gegevens van andere zorgverleners. Hierbij kan ook gedacht worden aan relaties tussen zorgverlening en de ontwikkeling van de verzekerden populatie en de geleverde zorg. Op basis van signalen uit deze analyses kunnen de verdergaande controlemiddelen gericht worden ingezet waardoor de controle efficiënt wordt ingericht.

Voorbeeld 1: Onderzoek bovenregionale toeslag academische ziekenhuizen

Naar aanleiding van een pilot bij één van de kantoren ontstond de indruk dat academische ziekenhuizen in een aantal gevallen ten onrechte een bovenregionale toeslag in rekening brachten voor patiënten woonachtig buiten het werkgebied van het ziekenhuis. Naar aanleiding van dit signaal is het onderzoek opgeschaald naar alle kantoren.

Statistische analyse

Uit de geautomatiseerde gegevens zijn selecties getrokken over behandelingen die plaats hebben gevonden in het kalenderjaar 2004. Van de verzekerden zijn daarbij tevens de postcodes uit de systemen gehaald. Deze zijn vervolgens vergeleken met de lijst van verzorgingsgebieden van de respectievelijke academische centra. Komt de postcode van de patiënt voor op de lijst van het ziekenhuis, dan is het in rekening brengen van een toeslag onjuist. Op vrij simpele wijze is met betrekkelijk geringe inspanning ca € 40.000,- teruggevorderd en ontvangen van academische ziekenhuizen.

Voorbeeld 2: aandoening staar (oogheelkunde)

Bij de aandoening staar (oogheelkunde) is vastgesteld dat de cataract operaties in meer dan 90% van de gevallen in een poliklinische setting kunnen uitgevoerd. De combinatie staar, cataractoperatie, met

dagverpleging of opname is indien dit veelvuldig voorkomt een indicatie voor het leveren van niet doelmatige zorg.

Voorbeeld 3: zieke zuigelingen in couveuse

Als ook zieke zuigelingen (ten onrechte) in een couveuse worden gelegd zal dit blijken uit de grote aantallen zuigelingen die in een couveuse worden gelegd.

Voorbeeld 4: U-bocht constructie

Bepaalde (veelal dure) geneesmiddelen worden klinisch aan de patiënt toegediend. Deze geneesmiddelen worden door het ziekenhuis verstrekt en vallen onder het budget van het ziekenhuis. Omdat het dure geneesmiddelen betreft werd aan de patiënt in kwestie een recept gegeven met het verzoek het geneesmiddel in de stadsapotheek op te halen en vervolgens toediening te laten plaatsvinden in het ziekenhuis.

2. AO/IC-verklaring en bestuursverklaring.

Een accountant kan controleren of van iedere patiënt, waar declaraties voor zijn ingediend, een verwijzing aanwezig is in het registratiesysteem van de instelling. Daarnaast kan de zorgaanbieder een bestuursverklaring afgeven. Het bestuur van de instelling verklaart daarmee dat de interne organisatie op orde is.

3. Verbandscontrole (zie volgende paragraaf, onder B).

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

Voorbeeld 5: onderzoek naar declareren dagverpleging vs. poliklinisch

Onderzoek dagverpleging

Eind 2004 is in één van de kantoren een pilot gedraaid naar het in rekening brengen van een tarief voor dagverpleging. Deze pilot had betrekking op één ziekenhuis. Hieruit kwam een beeld naar voren dat door het betreffende ziekenhuis regelmatig dagverpleging werd berekend, in geval van duidelijke poliklinische verrichtingen. Aan de hand van de uitkomsten van het onderzoek is besloten de pilot op te schalen en het onderzoek landelijk te verrichten.

Verbandscontrole

In samenwerking met de medische adviesdienst is een overzicht samengesteld van verrichtingen die poliklinisch uitgevoerd kunnen worden en waarbij het onwaarschijnlijk is dat hierbij tevens dagverpleging aan de orde is. Vervolgens is uit het geautomatiseerde systeem een query getrokken met de combinaties van de bedoelde verrichtingen en dagverpleging.

Detailcontrole

Aan de hand van dit overzicht zijn de betrokken verzekerden geënquêteerd en aan de hand van de uitkomsten van de enquête is beoordeeld of al dan niet terecht dagverpleging in rekening is gebracht. Gewerkt is met een standaardbrief en een standaardenquêteformulier. Het onderzoek heeft opgeleverd dat er (landelijk) voor een paar ton aan euro's ten onrechte dagverpleging in rekening is gebracht.

Overigens heeft het onderzoek geleerd dat de reacties van verzekerden over het algemeen positief zijn. Meerdere malen hebben verzekerden aangegeven het zinvol te vinden dat dergelijke onderzoeken worden uitgevoerd.

4. Detailcontrole

Bij detailcontrole wordt gebruik gemaakt van tot de persoon herleidbare gegevens betreffende iemands gezondheid. Dat impliceert dat de beslissing om over te gaan tot detailcontrole gebaseerd moet zijn op aanwijzingen uit onderzoek en/of anderszins verkregen concrete signalen die een redelijk vermoeden voor ondoelmatig dan wel onrechtmatig handelen oproepen.

Detailcontrole (als onderdeel van de mix van controlemiddelen) zal volgen op de mogelijk uitgevoerde analyse en verbandscontrole. De (noodzaak en) omvang van deze detailcontrole (bijvoorbeeld a-selecte steekproef) zal afhangen van de zekerheid die uit de statistische analyse en de verbandscontroles verkregen kan worden. Deze detailcontrole heeft tot doel om voldoende zekerheid te verkrijgen. Daarnaast zal detailcontrole plaats kunnen vinden om bevindingen die met andere controlemiddelen zijn vastgesteld te verifiëren.

Tot de detailcontrole worden, naast de al genoemde a-selecte steekproef, de volgende activiteiten gerekend:

- het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder; bijvoorbeeld verklaring vragen voor afwijkende kengetallen;
- het controleren van de afsprakenagenda;
- het opvragen van informatie bij verzekerden bijvoorbeeld door het houden van enquêtes en/of het versturen van schade/consumptieoverzichten.

Door middel van enquêtes kunnen zorgverzekeraars controleren of inderdaad de zorg is geleverd die is gedeclareerd en kunnen ook vragen worden gesteld over de kwaliteit van de geleverde zorg. Ook kan bijvoorbeeld worden gekeken naar herhalingsverstrekkingen (bijvoorbeeld elastische kousen), die periodiek opnieuw worden geleverd en gedeclareerd;

- het oproepen van verzekerden voorafgaand aan een behandeling of na afloop ervan (bijvoorbeeld door een tandheekkundig adviseur);
- controle van hulpmiddelen achteraf door een technisch adviseur;
- (a-select) dossieronderzoek.

4. Uitvoering materiële controle

De materiële controle op de declaratiestroom vindt gestructureerd plaats door achtereenvolgens onderstaande stappen A, B en C te doorlopen:

A. Vooraf opstellen schriftelijk plan voor de materiële controle

De zorgverzekeraar stelt een plan voor de aanpak voor de materiële controle (controleplan) op waarin deze op basis van risicoanalyse de objecten van controle aangeeft en een mix van controlemiddelen samenstelt. Deze mix zorgt ervoor dat de zorgverzekeraar zo efficiënt mogelijk voldoende zekerheid krijgt over de juistheid van de declaratie en de doelmatigheid van de geleverde zorg. Dat betekent dat indien mogelijk gebruik wordt gemaakt van zekerheden die door de zorgverlener reeds geboden zijn dan wel op minder ingrijpende wijze geboden kunnen worden. Hierbij kan, als voorbeeld uit de ziekenhuissector, gedacht worden aan bestuursverklaringen van ziekenhuizen voorzien van accountantsverklaringen over de administratieve organisatie en interne controle van de instelling.

Per verstrekkingsoort (huisartsenzorg, paramedische zorg, ziekenhuiszorg etc.) wordt een controleplan opgesteld, waarin ingegaan wordt op de verschillende controlemiddelen. Het

controleplan dient per soort verstrekking te worden opgesteld om het mogelijk te maken de controle-instrumenten aan te laten sluiten op de specifieke situatie bij elke soort verstrekking. Dat wil dus zeggen dat hierin ook aangegeven kan worden welke instrumenten wel en welke niet ingezet worden. Voor de zorgverzekeraar is de noodzaak om voldoende zekerheid te krijgen over rechtmatigheid en doelmatigheid van de geleverde zorg leidend bij de keuze van zijn instrumenten. Pas als het niet mogelijk is gebleken om met minder belastende controlemiddelen voldoende zekerheid te krijgen zal de zorgverzekeraar zwaardere (ingrijpender) middelen inzetten om de benodigde zekerheid te verkrijgen. De zorgverzekeraar zal bijvoorbeeld bij verstrekkingen op grond van specifieke signalen, wanneer statistische analyses onmogelijk zijn door het ontbreken van gegevens, een a-selecte streekproef kunnen uitvoeren waarbij hij de omvang bepaalt op basis van de risicoanalyse en de gewenste zekerheid. In het controleplan motiveert de zorgverzekeraar de keuze voor de controlemiddelen en identificeert de punten waarop beslissingen tot inzet van zwaardere middelen moeten worden genomen.

Met inachtneming van de hiervoor omschreven uitgangspunten, waaronder het proportionaliteitsbeginsel, is de keuze voor de inzet van de materiële controlemiddelen zoals het raadplegen van verzekerden dan wel het inzien van medische dossiers, het exclusieve domein van de zorgverzekeraar. Voorbereidende analyses zullen waar mogelijk door de verzekeraar zijn uitgevoerd. De zorgverzekeraar legt over de gemaakte keuze waar nodig verantwoording af door een verzoek tot verstrekking van persoonsgegevens te motiveren, in ieder geval wanneer dit gegevens uit het medisch dossier van de verzekerde betreft. Op verzoek van de zorgverlener wordt een schriftelijke samenvatting van de controle aanpak ter beschikking gesteld.

B. Uitvoeren van controle volgens plan

Controlemiddelen worden proportioneel ingezet, waarbij wordt getracht zo min mogelijk in te grijpen in de persoonlijke levenssfeer van de verzekerde. Eerst worden de lichtere middelen ingezet, indien dat niet voldoende zekerheid biedt, kan een zwaarder middel worden ingezet. Als bijvoorbeeld uit de agenda van het afsprakenbureau voldoende aannemelijk wordt dat de gedeclareerde prestatie feitelijk ook is geleverd, wordt het medisch dossier om die reden niet meer geraadpleegd. Een ander voorbeeld is dat in de ziekenhuissector bij ontvangst van de bestuursverklaring en accountantsverklaring na statistische analyse en verbandscontrole de materiële controle afgesloten kan worden, tenzij uit de voorgaande stappen signalen komen dat verdere controle noodzakelijk is. Een signaal is bijvoorbeeld wanneer uit statistische analyse blijkt dat het declaratiepatroon van de zorgaanbieder afwijkt van vergelijkbare zorgaanbieders met een gelijksoortige patiëntenpopulatie. Een ander voorbeeld is declaratie van verrichtingen bij één patiënt die vanuit de medische inhoud niet tegelijkertijd kunnen plaatsvinden.

Wanneer detailcontrole is aangewezen, worden de volgende stappen doorlopen:

1. Werkwijze bepalen. De werkwijze wordt bepaald door een keuze te maken met betrekking tot de inzet van het controle-instrumentarium als omschreven in paragraaf 3. Afhankelijk van de gekozen methode: tijdig een afspraak maken met de zorgverlener voor een bezoek aan de praktijk of instelling.
2. Aangeven aan de zorgaanbieder wat de aanleiding en het doel van de controle is, op welke wijze de controle zal plaatsvinden, wat de mogelijke gevolgen zijn en binnen welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt. Voorlopige bevindingen kunnen eventueel al tijdens het bezoek worden aangegeven.

3. De (voorlopige) bevindingen worden schriftelijk kenbaar gemaakt aan de zorgverlener, waarbij in geval van:
 - positieve beoordeling het dossier gesloten wordt;
 - negatieve beoordeling de zorgaanbieder uitgenodigd wordt toelichting te geven.
4. Vervolgstappen zijn afhankelijk van de toelichting van de zorgverlener:
 - aanbevelingen doen en dossier sluiten;
 - nader (breder en/of dieper) onderzoek, waarbij in principe de genoemde punten 1 tot en met 3 worden herhaald met een meer ingrijpend instrument; dit onderzoek moet van voldoende omvang zijn om een betrouwbaar beeld te geven van de werkwijze in de praktijk en wordt gevolgd door een terugkoppeling naar de zorgaanbieder en de mogelijkheid te reageren.
5. De zorgverlener wordt schriftelijk geïnformeerd over het eindresultaat van het vervolgonderzoek, inclusief eventuele gevolgen.

Specifieke signalen

Naast de controles die de zorgverzekeraar op basis van het controleplan uitvoert, kan de zorgverzekeraar gericht onderzoek uitvoeren op basis van specifieke signalen. Het kan gaan om:

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

De opzet van dit gerichte onderzoek zal zoveel mogelijk conform de hiervoor beschreven stappen moeten worden vormgegeven door de zorgverzekeraar (vanaf stap 1: Werkwijze bepalen).

Het uitvoeren van (jaarlijkse) steekproeven door zorgverzekeraars (ter uitvoering van CVZ voorschriften) is uitsluitend toegestaan, mits deze zijn opgenomen in een controleplan & risicoanalyse hieraan is voorafgegaan.

C. Bepalen en uitvoeren van gevolgen naar aanleiding van uitkomsten

Bij ieder negatief resultaat van een controle en het niet of onvoldoende meewerken aan een controle moet worden beoordeeld of hier een gevolg aan moet worden verbonden. Bij het bepalen van het gevolg wordt onder meer rekening gehouden met de volgende aspecten:

- normatieve bekendheid (wist hij het of kon hij het weten) met zorg- en declaratievoorschriften;
- aard van de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- eventuele eerdere fouten en/of waarschuwingen;
- opstelling van de zorgverlener (o.a. bereidheid tot medewerking onderzoek);
- zorgvuldige afweging van gerechtvaardigde belangen;
- zorgvuldige procedure (o.a. tijdige communicatie en adequate motivering door zorgverzekeraar);
- belangen van verzekerden;
- redelijkheid en billijkheid.

Voorbeelden van gevolgen voor zorgverleners

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

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

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

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

Voorbeelden van gevolgen voor verzekerden

Direct betrekking hebbend op de relatie tussen zorgverzekeraar en verzekerden:

- terugvordering van ten onrechte uitgekeerde declaraties;
- beëindigen verzekering.