



# **ZORGVERZEKERAARS, GEZONDHEIDSGEGEVENS EN PRIVACY**

**Verkendend onderzoek bij drie zorgverzekeraars in relatie**

**tot het Addendum en het Protocol materiële controle**

Onderzoeksrapport



# INHOUD

Samenvatting 2

Inleiding 4

- 1 Noodzakelijkheid en verenigbaar gebruik van gezondheidsgegevens van verzekerden 6
- 2 Het beheer van gezondheidsgegevens door de adviserend geneeskundige 10
- 3 Het opvragen van gezondheidsgegevens bij zorgaanbieders en (aspirant-)verzekerden 16
- 4 Materiële controle op declaraties 20
- 5 Positionering van het zorgkantoor 26
- 6 Autorisaties, functiescheiding en privacybeleid 28

Bijlagen 30

## SAMENVATTING

In 2005 heeft het CBP een verkennend onderzoek uitgevoerd bij drie zorgverzekeraars met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens in het kader van de Ziekenfondswet en de uitvoering van de particuliere (aanvullende) verzekering. Dit rapport bevat de onderzoeksbevindingen.

Het CBP heeft het onderzoek verricht met het oog op de beoordeling van de nadere regulering van de verwerking van gezondheidsgegevens door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars Nederland heeft hiertoe een addendum bij de bestaande privacy-gedragscode financiële instellingen opgesteld met een protocol voor materiële controle.

Het onderzoek bracht de volgende kwesties aan het licht die bij de nadere regulering aandacht dienden te krijgen.

### *Selectie op basis van gezondheidsgegevens*

- 1 Verzekeraars willen weten in hoeverre selectie van groepen verzekerden op basis van gezondheidsgegevens toelaatbaar is. Een dergelijke selectie kan naar hun oordeel zinvol en soms zelfs noodzakelijk zijn gelet op de rol die op grond van de nieuwe Zorgverzekeringwet aan zorgverzekeraars is toebedeeld. Zij verwijzen naar de uitspraak van de Registratiekamer uit 1998 over de zogenaamde Diabetespas, die hiervoor weinig ruimte laat.

### *Medisch beroepsgeheim en de adviserend geneeskundige*

- 2 De verantwoordelijkheid van de adviserend geneeskundige (AG) is niet helder geregeld gelet op het medisch beroepsgeheim. De AG is persoonlijk verantwoordelijk en (tuchtrechtelijk) aansprakelijk voor de geheimhouding van de aan hem toevertrouwde informatie, maar de betreffende dossiers heeft hij niet altijd in eigen beheer. Alle AG's geven aan dat zich in de praktijk weinig tot geen concrete problemen met betrekking tot het medisch beroepsgeheim voordoen.

### *Toestemming voor het opvragen van informatie bij zorgaanbieders*

- 3 In het kader van de acceptatieprocedure wordt de aspirant-verzekerde om toestemming gevraagd voor het opvragen van aanvullende informatie bij zorgaanbieders. In het kader van een machtigingsprocedure wordt de verzekerde in principe hiervoor niet om toestemming gevraagd. Wanneer is de toestemming van de (aspirant-)verzekerde vereist?

### *Materiële controle van declaraties*

- 4 De verzekeraars voeren de verplichte materiële controles uit op vergoedingen ingevolge de Ziekenfondswet. Twee verzekeraars zeggen weinig tot geen controle uit te voeren ten aanzien van aanvullende of particuliere verzekeringen. De derde verzekeraar controleert wel declaraties op grond van aanvullende en particuliere verzekeringen.
- 5 De verzekeraars stellen problemen te ervaren bij het opvragen van informatie bij zorgaanbieders, vooral bij het verkrijgen van inzage in medische dossiers. Zorgaanbieders en vooral medisch specialisten beroepen zich daarbij op privacywetgeving en/of willen alleen met toestemming van de patiënt inzage geven.
- 6 De drie verzekeraars verwachten dat declaratie op basis van DBC's de noodzaak tot materiële controles groter maakt en dat er vaker inzage zal worden gevraagd in medische dossiers. De verzekeraars dringen daarom aan op duidelijkheid over de vraag wanneer en hoe het middel materiële controle mag worden ingezet.

*Scheiding van gegevenshuishoudingen en autorisaties*

- 7 De scheiding tussen de gegevenshuishoudingen van zorgkantoor en ziekenfonds is niet volledig. Kantoorlocaties en functies in de organisaties worden gedeeld en in een aantal specifieke gevallen is er ook gegevensverkeer over en weer. De scheiding van gegevenshuishouding en het noodzakelijke detailniveau van autorisatie van medewerkers blijven onder de Zorgverzekeringswet actuele kwesties.

Het CBP is van oordeel dat het addendum en het bijbehorende protocol materiële controle zorgverzekeraars duidelijkheid geven voor de praktijk van het verwerken van gezondheidsgegevens. Addendum en protocol materiële controle geven antwoord op bestaande vragen en voorzien in een behoefte aan duidelijke regels.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in een Ministeriële Regeling op grond van de Zorgverzekeringswet bepaald dat de regels die zijn neergelegd in het addendum, bindend zijn voor alle verzekeraars die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

## INLEIDING

**Elke inwoner van Nederland is sinds 1 januari 2006 op grond van de nieuwe Zorgverzekeringswet verplicht een basisverzekering af te sluiten. Binnen dit nieuwe zorgstelsel hebben de zorgverzekeraars een belangrijke rol toebedeeld gekregen. Om deze rol te kunnen nemen willen de zorgverzekeraars optimaal gebruik maken van de gezondheidsgegevens waarover zij kunnen beschikken. De al bestaande behoefte aan duidelijkheid over de wettelijke mogelijkheden hiertoe werd in de aanloop naar de nieuwe wet acuut.**

Binnen de zorgverzekeringssector werd al enkele jaren gepleit voor een speciaal addendum bij de bestaande privacygedragscode. Deze Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen (4 februari 2003, Staatscourant 2003, nr. 158) is opgesteld door de Nederlandse Vereniging van Banken (NVB) en het Verbond van Verzekeraars (VvV) en in 2003 door het CBP goedgekeurd. In 2005 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) – in nauw overleg met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het CBP – een concepttekst opgesteld voor een addendum met nadere regels voor de verwerking van gezondheidsgegevens door zorgverzekeraars.

Om goed te kunnen beoordelen op welke vragen het addendum antwoord zou moeten geven, wilde het CBP meer weten van de uitvoeringspraktijk. Medio 2005 is daarom een verkennend onderzoek uitgevoerd bij drie zorgverzekeraars. Dit rapport bevat de onderzoeksbevindingen. Deze bevindingen hebben dus betrekking op het verwerken van persoonsgegevens door zorgverzekeraars in het kader van de Ziekenfondswet en de uitvoering van de particuliere (aanvullende) verzekering. Ook na de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet zijn de onderzochte kwesties echter onverminderd actueel en relevant.

De kennis en het inzicht verworven in het onderzoek zijn voor het CBP van grote waarde geweest tijdens de besprekingen rond de totstandkoming en uiteindelijke beoordeling van het concept-addendum en het bijbehorende conceptprotocol materiële controle. Het CBP dankt de bezochte zorgverzekeraars voor hun medewerking aan dit onderzoek.

Het door de ledenvergaderingen van ZN, het VvV en de NVB goedgekeurde addendum is vervolgens formeel aan het CBP voorgelegd. Op 27 april 2006 heeft het CBP een goedkeurende verklaring afgegeven met betrekking tot het addendum en het bijbehorende protocol materiële controle. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft in een Ministeriële Regeling op grond van de Zorgverzekeringswet bepaald dat de regels die zijn neergelegd in het addendum, bindend zijn voor alle verzekeraars die in Nederland zorgverzekeringen aanbieden.

Het CBP is van oordeel dat het addendum en het bijbehorende protocol materiële controle een groot aantal van de problemen adresseren die zorgverzekeraars bij het verwerken van gezondheidsgegevens in de praktijk tegenkomen. Addendum en Protocol materiële controle geven antwoord op bestaande vragen en voorzien hiermee in een behoefte aan duidelijke regels.

# 1

## NOODZAKELIJKHEID EN VERENIGBAAR GEBRUIK VAN GEZONDHEIDSGEGEVENS VAN VERZEKERDEN

- 1.1 Bevindingen 7
- 1.2 Conclusie 8
- 1.3 Addendum 9

In de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) is bepaald dat persoonsgegevens – behalve wanneer toestemming van de betrokkene is verkregen – alleen verwerkt mogen worden als dit noodzakelijk is voor één van de in de WBP genoemde grondslagen voor verwerking (artikel 8 WBP). Bovendien mogen persoonsgegevens alleen worden verwerkt als zij, gelet op de doeleinden waarvoor zij worden verzameld of vervolgens worden verwerkt, toereikend, ter zake dienend en niet bovenmatig zijn. Bij het verenigbaar gebruik speelt de vraag voor welke doeleinden de verzekeraar de verzekerdengegevens verder mag gebruiken. Persoonsgegevens mogen niet verder worden verwerkt op een wijze die onverenigbaar is met de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen (artikel 9 WBP).

Ingevolge artikel 16 WBP is het verboden om persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken. De artikelen 21 en 23 WBP vormen de uitzonderingsbepalingen op dit verbod. 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. Verder 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. Met gezondheidsgegevens worden in dit rapport ook bedoeld de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen in het medische dossier zoals is beschreven in artikel 7:454 Burgerlijk Wetboek (BW).

Het bovenstaande betekent dat verzekeraars zichzelf telkens de vraag moeten stellen of een bepaalde verwerking van gegevens noodzakelijk is voor de uitvoering van de Ziekenfondswet (Zfw) of voor de particuliere verzekeringsovereenkomst. Indien dit niet het geval is, moet worden beoordeeld of de gegevens ook voor andere doeleinden dan de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst mogen worden verwerkt. Vooral de vraag wat verzekeraars al dan niet mogen doen met declaratiegegevens speelt van oudsher een belangrijke rol in de praktijk van de zorgverzekeraar. Uit declaratiegegevens kan worden afgeleid aan welke ziektes en aandoeningen een verzekerde lijdt. Door op bepaalde kenmerken in het declaratiebestand te selecteren (bijvoorbeeld een bepaald geneesmiddelengebruik) kan een verzekeraar een specifieke groep verzekerden lokaliseren en gericht benaderen. Een verzekeraar kan hieraan behoefte hebben voor een goede serviceverlening maar ook met het oog op een efficiëntere bedrijfsvoering. Beide doelstellingen bevorderen de concurrentiepositie van de verzekeraar, wat in het nieuwe zorgstelsel steeds belangrijker zal worden.

## 1.1 Bevindingen

### *Selecteren op gezondheidsgegevens in het declaratiebestand*

Verzekeraar A stelt dat er geen selecties worden gemaakt op het declaratiebestand aangezien geen doelgroepenbeleid is geformuleerd. Wanneer een mailing wordt verstuurd, worden alle verzekerden aangeschreven. Verzekeraar A geeft aan dat in het kader van de nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) het voornemen bestaat een doelgroepenbeleid te ontwikkelen met betrekking tot de aanvullende verzekering.

Verzekeraar B stelt dat bij het versturen van mailingen slechts op gezondheidsgegevens wordt geselecteerd wanneer dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de ziektekostenverzekering. Voor service-, acquisitie- en direct-marketingdoeleinden vinden geen selecties plaats in het declaratiebestand op gezondheidsgegevens. Verzekeraar B maakt geen selecties omdat de Registratiekamer in een uitspraak over de Diabetespas heeft aangegeven dat dergelijke selecties in beginsel onrechtmatig zijn. Verzekeraar B merkt op dat buiten het feit dat de afdeling marketing niet blij is met dergelijke restricties, deze in de praktijk problemen kunnen opleveren. Als een zorgverzekeraar bijvoorbeeld in samenwerking met een uitvaartverzekeraar een mailing wil versturen aangaande een uitvaartverzekering, is het niet mogelijk om verzekerden die (mogelijk) terminaal ziek zijn hiervan uit te sluiten. Een dergelijke selectie is juridisch niet toegestaan. Wanneer een dergelijke mailing aan de gehele verzekeringspopulatie wordt verstuurd, kan dit ertoe leiden dat cliënten pijnlijk getroffen worden door de mailing. Verzekeraar B heeft daarom voor de oplossing gekozen om te selecteren op leeftijd. Cliënten boven de 55 jaar krijgen een dergelijke mailing niet. Hoewel de mailing in het algemeen positief wordt ervaren en er nauwelijks klachten over worden ontvangen, ervaart verzekeraar B het toch als knelpunt dat er geen mogelijkheden zijn om selecties te maken om mogelijk terminaal zieke verzekerden uit het verzekeringsbestand te filteren.

Verzekeraar B selecteert wel op gezondheidsgegevens in het declaratiesysteem wanneer dit naar zijn oordeel noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomst. Als voorbeeld wordt genoemd dat alleen verzekerden waarvoor dat relevant is, een brief hebben gekregen over de gewijzigde voorwaarden voor het zittend ziekenvervoer. Hetzelfde principe geldt bij het versturen van informatie over incontinentiemateriaal. In beide gevallen wordt geselecteerd op zorggebruik. In de meeste gevallen worden echter alle verzekerden tegelijk geïnformeerd en is geen sprake van selectie.

Ondanks het feit dat verzekeraar C geen specifiek doelgroepenbeleid voert, worden soms selecties op het verzekerdenbestand gemaakt. Daarbij twijfelt men over wat op grond van de wet is toegestaan. Verzekeraar C vraagt zich bijvoorbeeld af of het mogelijk is een selectie te maken op het verzekerdenbestand zodat alleen verzekerden in een bepaalde leeftijdscategorie worden aangeschreven met een aanbieding voor een uitvaartverzekering.

Wanneer de polisvoorwaarden wijzigen, worden alle verzekerden aangeschreven. Verzekeraar C geeft aan dat het wellicht in bepaalde gevallen efficiënter is om een geselecteerde groep verzekerden aan te schrijven, maar dat hij hier terughoudend mee omgaat omdat hij bang is te worden beschuldigd van discriminatie van verzekerden. Wel is een specifieke groep verzekerden aangeschreven toen de regeling Ziekenvervoer werd aangepast. Daarnaast heeft verzekeraar C er over gedacht om een bepaalde groep verzekerden incontinentietraining aan te bieden bij een fysiotherapeut. Verzekerden zouden hier baat bij kunnen hebben en daarnaast kan het ook een besparing op incontinentiemateriaal opleveren. Verzekeraar C heeft zich daarbij de vraag gesteld of het is toegestaan om een selectie op zorgconsumptie te maken en op basis hiervan aan de geselecteerde groep verzekerden een brief te sturen. De interne conclusie luidde echter dat dit niet is toegestaan vanwege de 'Diabetespas-uitspraak' van de Registratiekamer.

### *Gebruik van gegevens uit de ziekenfondsverzekering voor uitvoering van de particuliere verzekering*

Alle drie de verzekeraars geven aan dat de gezondheidsgegevens die worden verwerkt in het kader van de ziekenfondsverzekering, nooit verder worden verwerkt voor de acceptatie of uitvoering van een (aanvullende) particuliere ziektekostenverzekering of een andersoortige verzekering. De verzekeraars gebruiken wel de adresgegevens van de ziekenfondsverzekerden voor reclame over andere (verzekerings-)producten. Verzekeraar B geeft aan dat soms toestemming wordt gevraagd aan de verzekerde om de gegevens betreffende de ziekenfondsverzekering te raadplegen indien aanvullende informatie nodig is voor de acceptatie van een particuliere ziektekostenverzekering. Normaal gesproken worden deze gegevens in de acceptatieprocedure echter alleen met toestemming van de verzekerden opgevraagd bij de behandelende arts.

Overigens vinden sommige klanten volgens verzekeraar A het onbegrijpelijk dat bepaalde gegevens nogmaals verstrekt moeten worden, bijvoorbeeld ten behoeve van een machtigingsprocedure, als deze in het kader van de acceptatieprocedure reeds zijn verstrekt. Daarbij wordt opgemerkt dat de meeste verzekerden maar één verzekeraar zien en dus geen onderscheid maken tussen het ziekenfonds en de (aanvullende) particuliere verzekeraar.

### *Rol van de zorgverzekeraar in het nieuwe zorgstelsel*

Om binnen het nieuwe zorgstelsel goed te functioneren zullen zorgverzekeraars doelgroepenbeleid moeten ontwikkelen. Volgens verzekeraar B is het op dit moment echter niet duidelijk welke verzekeringsgroepen kostenneutraal zijn, welke groepen geld kosten en aan welke groepen er geld te verdienen is. Om doelgroepenbeleid te ontwikkelen is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in welke groepen er zijn en om welke mensen het gaat. De mogelijkheden om selecties uit te voeren op het declaratiebestand worden echter beperkt door de privacywetgeving. Verzekeraar B merkt op dat door de WBP de mogelijkheden van verzekeraars worden beperkt om hun rol binnen de gezondheidszorg goed uit te voeren. Een verzekeraar kan zijn concurrentiepositie versterken door een goede serviceverlening. Nu mag een verzekeraar slechts met toestemming van de verzekerde deze actief adviseren over het zorgaanbod. Verzekeraar B zou bijvoorbeeld graag aan diabetespatiënten informatie willen mailen. Verzekeraar B denkt er over om aan verzekerden zogenaamde generieke toestemming te vragen om hen voor deze doeleinden te mogen benaderen. Om negatieve publiciteit te voorkomen neemt verzekeraar B geen risico's met betrekking tot het gebruik van gezondheidsgegevens van verzekerden. In zijn reactie op de concept-rapportage heeft verzekeraar B aangegeven vooralsnog af te zien van het werken met een generieke toestemming. Van actieve zorgadvisering, stelt verzekeraar B, is dan ook geen sprake. Alleen indien een verzekerde daar zelf om vraagt en toestemming geeft daarvoor zijn gegevens te gebruiken, wordt hij door verzekeraar B geadviseerd.

## **1.2 Conclusie**

De drie zorgverzekeraars worstelen geregeld met de vraag of het is toegestaan om een selectie te maken op gezondheidsgegevens in het declaratiebestand. Volgens de Wet bescherming persoonsgegevens is het verwerken van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door een zorgverzekeraar toegestaan als dit noodzakelijk is voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. De verzekeraars willen graag een duidelijk antwoord krijgen op de vraag wat moet worden verstaan onder noodzakelijkheid. Alle drie de verzekeraars verwijzen naar de uitspraak van de Registratiekamer uit 1998 over de Diabetespas. Zij zijn van mening dat deze uitspraak weinig ruimte laat voor het selecteren van groepen verzekerden op basis van hun zorggebruik, terwijl dit wel zinvol kan zijn en soms zelfs noodzakelijk is gelet op de rol die op grond van de nieuwe Zvw aan hen is toebedeeld.



Overigens worden persoonsgegevens betreffende de gezondheid van verzekerden die zijn verkregen in het kader van de uitvoering van de ene zorgverzekering, volgens de onderzochte zorgverzekeraars nooit zonder toestemming van de verzekerde verder gebruikt ten behoeve van de acceptatie/risicoselectie van een andere (zorg) verzekering.

### 1.3 Addendum

Het addendum geeft de volgende antwoorden op bovenstaande in de praktijk levende vragen over het verder verwerken van gezondheidsgegevens.

#### *Noodzakelijk voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst*

In het addendum is bepaald dat zorgverzekeraars gegevens betreffende iemands gezondheid ingevolge artikel 87 Zvw mogen verwerken wanneer de verwerking noodzakelijk is voor de uitvoering van de bestaande ziektekostenverzekering of wanneer een ander wettelijk voorschrift hiertoe verplicht (artikel 3.0.6). Uit de toelichting komt naar voren dat persoonsgegevens betreffende de gezondheid bijvoorbeeld gebruikt mogen worden om een selectie op het verzekerdenbestand te maken om verzekerden erop te wijzen 'dat een medicijn dat deze verzekerden slikken, of een behandeling door de zorgaanbieders waar zij onder behandeling zijn, door een wijziging in het pakket niet meer zal worden vergoed'. Zorgverzekeraars hebben bijvoorbeeld de mogelijkheid om een preferentiebeleid ten aanzien van bepaalde geneesmiddelen te voeren. De verzekerde zal door de verzekeraar geïnformeerd moeten worden wanneer er een wijziging optreedt ten aanzien van het recht op vergoeding van een bepaald medicijn (aangewezen middelen).

#### *Zorgbemiddeling*

Ook is in het addendum neergelegd dat de zorgverzekeraar ten behoeve van het gericht benaderen van individuele verzekerden voor het doen van een zorgbemiddelingsaanbod alleen algemene criteria (bijvoorbeeld het bedrag dat gemoeid is met medicijngebruik of de duur van het medicijngebruik) gebruikt. Diagnosegegevens behoren hier niet toe. 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.

#### *Verder gebruik buiten de verzekeringsovereenkomst om*

Voorts bepaalt het addendum dat de zorgverzekeraar geen gebruik mag maken van de hem bekende persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid of andere bijzondere persoonsgegevens ten behoeve van acquisitie van nieuwe klanten dan wel de verkoop van nieuwe producten aan bestaande klanten. Ook is vastgelegd dat de zorgverzekeraar persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid niet zal verstrekken aan andere concernonderdelen of aan belanghebbenden buiten het concern, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht.

Tot slot mogen op grond van het addendum de gegevens betreffende iemands gezondheid die bij de uitvoering van de zorgverzekering dan wel de AWBZ-verzekering zijn verkregen, door de zorgverzekeraar niet worden gebruikt voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering.

# 2

## HET BEHEER VAN GEZONDHEIDSGEGEVENS DOOR DE ADVISEREND GENEESKUNDIGE

- 2.1 Bevindingen 10
- 2.2 Conclusie 12
- 2.3 Addendum 13

De adviserend geneeskundige (hierna AG) is bij verschillende uitvoeringstaken van de verzekeraar betrokken. De AG – ook wel medisch adviseur genoemd – speelt een rol in de acceptatieprocedure, bij de aanvraag van machtigingen, het afhandelen van declaraties en het doen van materiële controles. De AG beoordeelt declaraties, verzekerings- (acceptatie) en machtigingsaanvragen. Wanneer persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, waaronder gegevens omtrent de gezondheid zoals beschreven in artikel 7:454 BW, moeten worden opgevraagd om een declaratie of een aanvraag te kunnen beoordelen, gebeurt dit door de AG, of onder diens verantwoordelijkheid door medewerkers die tot de functionele eenheid behoren (zij hebben allen een bijzondere geheimhoudingsplicht op grond van de verlengde-armconstructie). De AG adviseert, dat betekent dat hij niet verantwoordelijk is voor het al dan niet accepteren van klanten, het verlenen van een machtiging, het verstrekken van een vergoeding. Op grond van de Zfw zijn beslissingen hieromtrent aan te merken als besluiten in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Deze besluiten worden ondertekend door of namens de directie van het ziekenfonds.

Op grond van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) heeft de AG een geheimhoudingsplicht. Tevens is hij aan geheimhouding gehouden op grond van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) die van overeenkomstige toepassing is op AG's. De AG is hierdoor verantwoordelijk voor het geheimhouden van de aan hem toevertrouwde informatie. Deze medische geheimhoudingsplicht strekt zich tevens uit over de medewerkers van de functionele eenheid. De vraag is tot hoe ver de verantwoordelijkheid van de AG in de praktijk gaat. Ook is gekeken of de AG verantwoordelijk is voor alle gegevens betreffende iemands gezondheid die bij de zorgverzekeraar worden verwerkt (bijvoorbeeld gegevens die worden verwerkt bij het afhandelen van declaraties of het aanvragen voor machtigingen), of slechts voor een deel van die gegevens.

Als een verzekerde bezwaar maakt tegen een afwijzing van zijn vergoeding of aanvraag, gaan het bezwaarschrift en de bijbehorende stukken met gezondheidsgegevens naar de afdeling die de bezwaarzaken behandelt (meestal de afdeling juridische zaken). Deze afdeling valt meestal niet onder de verantwoordelijkheid van de AG. Gekeken is naar de grondslag voor deze verstrekking. Ook is gevraagd welke gegevens in dit kader worden overgedragen aan de juridische afdeling.

## 2.1 Bevindingen

### *Reikwijdte verantwoordelijkheid AG*

Bij alle drie de verzekeraars worden ook persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerkt op afdelingen die niet onder de verantwoordelijkheid van de AG zijn geplaatst (acceptatie/machtigingen/declaraties). In beginsel heeft de AG alleen zijn onderhanden werkdossiers en persoonlijke aantekeningen in eigen beheer. De AG's zien zich zelf niet als verantwoordelijke voor de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door andere afdelingen. Dit zou in hun optiek praktisch ook ondoenlijk zijn.

Zo stelt verzekeraar A dat de AG's niet verantwoordelijk zijn voor dossiers. De AG's hebben wel een eigen ordner met telefoonnotities, bijvoorbeeld van gesprekken met huisartsen over cliënten waar nog geen dossier voor bestaat.

De AG van verzekeraar B is van mening dat de rol van een AG binnen een concern per verzekeraar verschillend is. Naar zijn oordeel is de oorzaak hiervan gelegen in het feit dat er in de Zfw geen duidelijke wettelijke taak voor de AG is neergelegd. Bij verzekeraar B heeft de AG zelfs geen dossier onder zich. Wel is hij persoonlijk verantwoordelijk voor de persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid die in het medische dossier zitten. Uit de reactie van verzekeraar B op de concept-rapportage komt naar voren dat verzekeraar B van oordeel is dat medische gegevens in de zin van artikel 7:454 BW altijd onder de verantwoordelijkheid van de AG vallen. Gegevens met betrekking tot de afhandeling van declaraties vallen wel onder de definitie van gegevens betreffende iemands gezondheid in de zin van artikel 16 WBP, maar vallen niet per definitie onder de verantwoordelijkheid van de AG. De AG van verzekeraar B acht zich niet verantwoordelijk voor de verwerking van alle persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid.

Bij verzekeraar B speelt daarnaast een praktische vraag over de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de AG. Bij deze verzekeraar wordt de post voor de AG geopend door werkvoorbereiders. Deze post wordt vervolgens naar de functionele eenheid van de medisch adviseur doorgestuurd. Het is de vraag of de werkvoorbereiders tot de functionele eenheid gerekend kunnen worden. Er zijn praktische argumenten aan te voeren voor deze werkwijze, maar de AG kan het medisch beroepsgeheim niet garanderen als de aan hem gerichte post al wordt geopend voordat het de functionele eenheid bereikt, aldus verzekeraar B. Overigens geven alle AG's aan dat zich in de praktijk weinig of geen concrete problemen met het medisch beroepsgeheim voordoen.

### *Rol AG bij materiële controle*

De AG bij verzekeraar B geeft aan dat er vroeger relatief weinig aandacht was voor materiële controle omdat het uitvoeren hiervan meer kostte dan het opleverde. In de loop van de jaren is echter steeds meer nadruk komen te liggen op de rechtmatige uitvoering van de Zfw en dit heeft geleid tot het doen van meer controles. Wanneer het nodig is in het kader van een materiële controle gezondheidsgegevens op te vragen bij de behandelaar van een verzekerde, gebeurt dat bij verzekeraar B door de AG. De AG heeft de ervaring dat de benodigde gegevens altijd worden verstrekt wanneer hij daarom vraagt. De gegevens worden door de AG zelf opgevraagd of door een medewerker die valt onder de functionele eenheid van de AG. Soms gaat de AG ter plaatse in dossiers kijken, meestal worden de benodigde gegevens echter per post opgestuurd. Er wordt geen toestemming van de patiënt gevraagd voor inzage in dossiers ten behoeve van het doen van materiële controles. Verzekeraar B is van mening dat de verantwoordelijkheid hiervoor bij de zorgaanbieder ligt. In zijn reactie op de conceptrapportage geeft verzekeraar B aan dat er geen toestemming van de patiënt wordt gevraagd voor inzage in dossiers ten behoeve van het doen van materiële controles omdat het vragen van toestemming door de verzekeraar als

belastend wordt gezien voor zowel patiënt als zorgaanbieder. De patiënt heeft in de ogen van verzekeraar B immers een vertrouwensrelatie met zijn behandelaar, die schade kan oplopen als de verzekeraar aan de patiënt toestemming vraagt om het dossier in te zien. Daarnaast blijft verzekeraar B van mening dat de verantwoordelijkheid voor het vragen van toestemming primair bij de zorgaanbieder ligt.

#### *Overdracht in het kader van bezwaar- en beroepszaken*

Verzekeraar A verklaart dat in het geval van een bezwaar tegen een niet goedgekeurde aanvraag voor een machtiging, niet het hele dossier naar de juridische afdeling gaat, maar alleen de relevante medische onderbouwing van de afdeling Machtigingen (die de aanvraag in eerste instantie heeft afgewezen).

Volgens zowel verzekeraar B als verzekeraar C is er in het geval een verzekerde een bezwaar indient tegen een afwijzing voor een vergoeding of aanvraag, sprake van impliciete toestemming van de verzekerde om de gegevens te verstrekken aan de juridische afdeling. Volgens de verzekeraars is het noodzakelijk dat de afdeling die het bezwaar behandelt, over het gehele dossier met persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid beschikt, anders is het niet mogelijk een juridisch deugdelijke beslissing op een bezwaarschrift te nemen.

Verzekeraar B stelt dat een verzekerde in bezwaar kan komen wanneer bijvoorbeeld een machtigingsaanvraag wordt geweigerd. Het dossier inzake de bezwaar- en beroepsprocedure bevat persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. Dit ondanks het feit dat de juridische afdeling niet onder de verantwoordelijkheid van de AG valt. De gedachte is dat wanneer een verzekerde in bezwaar komt tegen een beslissing, hij daarmee impliciet toestemming geeft voor het gebruik van zijn gezondheidsgegevens in de juridische procedure. Indien de juridische afdeling extra informatie nodig heeft met betrekking tot de bezwaar- en/of beroepszaak wordt de AG geraadpleegd. Gesteld wordt dat rechters in dergelijke zaken eisen dat het geschil ook vanuit medisch oogpunt tot in de details wordt beargumenteerd. Verzekeraar B stelt dat dit ertoe leidt dat dossiers die ingebracht worden in gerechtelijke procedures, bol staan van gezondheidsgegevens. Overigens is het zo dat wanneer verzekeraar B een onderzoek doet naar verzwijging (in het kader van acceptatie) de bij derden opgevraagde gezondheidsgegevens wel bij de AG blijven. De conclusies van de AG worden aan het dossier toegevoegd en dat dossier gaat naar de afdeling die het onderzoek uitvoert (een fraudeafdeling).

Verzekeraar C verklaart dat de afdeling juridische zaken persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid nodig heeft voor het afwikkelen van klachten en bezwaar- en beroepszaken. Deze afdeling krijgt dan ook het gehele medische dossier. Gesteld wordt dat dit op grond van een advies van het CVZ zo dient te gebeuren. Verzekeraar C is van oordeel dat het noodzakelijk is dat de juridische afdeling over deze gegevens komt te beschikken omdat in de juridische procedure dikwijls op de medische situatie moet worden ingegaan. Een andere oplossing (waarbij van tevoren een selectie wordt gemaakt van noodzakelijke medische informatie) ervaart men als erg ingewikkeld, dan wel praktisch onmogelijk.

## **2.2 Conclusie**

### *Reikwijdte verantwoordelijkheid AG*

Het CBP concludeert op grond van de gesprekken dat de verantwoordelijkheid van de AG zich bij twee verzekeraars beperkt tot de gegevens die hij direct onder zich heeft. Gegevens betreffende iemands gezondheid die worden verwerkt door andere afdelingen, vallen in de optiek van deze AG's niet onder hun verantwoordelijkheid.

Verzekeraar B is van oordeel dat medische gegevens in de zin van artikel 7:454 BW altijd onder de verantwoordelijkheid van de AG vallen. Gegevens met betrekking tot de afhandeling van declaraties vallen wel onder de definitie van gegevens betreffende iemands gezondheid in de zin van artikel 16 WBP, maar vallen niet per definitie onder de verantwoordelijkheid van de AG. De AG van verzekeraar B acht zich niet verantwoordelijk voor de verwerking van alle persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid. De AG is persoonlijk verantwoordelijk en (tuchtrechtelijk) aansprakelijk voor de geheimhouding van de aan hem toevertrouwde informatie, maar de betreffende dossiers heeft hij niet altijd in eigen beheer. Deze dossiers vallen onder de verantwoordelijkheid van afdelingen waar het management van de verzekeraar voor verantwoordelijk is.

Overigens geven alle AG's aan dat zich in de praktijk weinig tot geen concrete problemen met betrekking tot het medisch beroepsgeheim voordoen.

#### *Overdracht in het kader van bezwaar- en beroepszaken*

Twee verzekeraars zijn van mening dat het noodzakelijk is dat de afdeling die het bezwaar behandelt, over het gehele dossier met daarin gegevens betreffende iemands gezondheid beschikt, omdat het anders niet mogelijk is een juridisch deugdelijke beslissing op het bezwaar te nemen. Eén verzekeraar verklaart dat in het geval van een bezwaar tegen een niet goedgekeurde aanvraag voor een machtiging alleen de relevante medische onderbouwing naar juridische zaken wordt gestuurd en niet het hele dossier.

## 2.3 Addendum

Het addendum geeft een nadere regeling van de positie die een AG inneemt binnen een verzekeraar.

#### *Reikwijdte verantwoordelijkheid AG*

In het addendum is bepaald dat in ieder geval onder de verantwoordelijkheid van de AG de verwerking valt van gegevens betreffende iemands gezondheid die:

- 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 AG met betrekking tot de verzekerde heeft ingericht (conform art. 7:454 BW).

Uit de toelichting bij het addendum volgt dat de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de AG voor de verwerking door medewerkers van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid, zich verder beperkt tot die werkprocessen waarbij medewerkers van de functionele eenheid betrokken zijn. Het addendum stelt dat de verantwoordelijkheid van de AG blijft bestaan 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.

Tot slot stelt het addendum dat het ontvangen en verwerken van declaratiegegevens niet onder de verantwoordelijkheid van de AG vallen. De AG is ook niet de verantwoordelijke in de zin van de WBP. Het bestuur van de zorgverzekeraar is eindverantwoordelijk voor de verwerking.

*Overdracht in het kader van bezwaar- en beroepszaken*

In het addendum is bepaald dat de verantwoordelijkheid van de AG bij een limitatief aantal gevallen blijft bestaan (a t/m d), indien de persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid worden verwerkt ten behoeve van de behandeling van geschillen. Verder schrijft het addendum voor dat de zorgverzekeraar in het kader van een klacht of een geschil slechts persoonsgegevens aan de geschilleninstantie of rechter verstrekt voor zover daartoe noodzaak bestaat in het kader van de geschillenbeslechting en dat deze niet meer gegevens verstrekt dan strikt noodzakelijk is. Voor het in dit kader verstrekken van persoonsgegevens door de zorgverzekeraar mag de toestemming van de verzekerde over het algemeen verondersteld worden.



# 3

## HET OPVRAGEN VAN GEZONDHEIDSGEGEVENS BIJ ZORGAANBIEDERS EN (ASPIRANT-)VERZEKERDEN

- 3.1 Bevindingen 17
- 3.2 Conclusie 18
- 3.3 Addendum 19

In het kader van het acceptatie- en het machtigingsproces kan een verzekeraar het noodzakelijk vinden om aanvullende informatie over de (aspirant-) verzekerde in te winnen bij hulpverleners die werkzaam zijn bij een zorgaanbieder of die zelfstandig werkzaam zijn als zorgaanbieder. Hulpverleners in de zin van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst zijn echter gebonden aan het medisch beroepsgeheim. Dit houdt in dat zij in beginsel geen gegevens over hun patiënten mogen verstrekken aan derden uitgezonderd met toestemming van de patiënt, wanneer er sprake is van een wettelijke verplichting of wanneer zich een conflict van plichten voordoet.

In het kader van het acceptatieproces dient een aspirant-verzekerde bij de aanvraag van een nieuwe verzekering veelal een vragenlijst in te vullen. Soms geven de antwoorden een verzekeraar onvoldoende informatie om het risico in te schatten dat de komende jaren wordt gelopen als de aspirant-verzekerde daadwerkelijk wordt geaccepteerd. Om een goede afweging te kunnen maken is het daarom soms noodzakelijk dat aanvullende informatie wordt opgevraagd. In het kader van het onderzoek is gekeken naar de wijze waarop dit gebeurt. Tevens is gekeken naar de procedures rond verzwijging in het acceptatieproces. Van verzwijging is sprake wanneer een aspirant-verzekerde op het aanvraagformulier informatie heeft achtergehouden die belangrijk is om een verzoek tot acceptatie goed te kunnen beoordelen. Tot slot doet de vraag zich voor of de gegevens, waaronder gegevens betreffende iemands gezondheid, van de aspirant-verzekerde ook worden bewaard wanneer deze niet door de acceptatieprocedure heen is gekomen.

Ook in het kader van de machtigingsprocedure wordt informatie opgevraagd door de verzekeraar bij de zorgaanbieder. In de Zfw is bepaald dat voor bepaalde behandelingen, hulpmiddelen of andere verstrekkingen van tevoren een machtiging moet worden aangevraagd bij de zorgverzekeraar (toestemming voor het verlenen van zorg ten laste van de ziektekostenverzekering). In het geval van een particuliere verzekering kan de zorgverzekeraar in de polis bepalen in welke gevallen een machtiging nodig is. Bij het aanvragen van een machtiging beantwoordt de zorgaanbieder namens de verzekerde, of soms de verzekerde zelf, een aantal vragen over zijn gezondheid. De antwoorden moeten de verzekeraar in staat stellen te beoordelen of de gezondheid van de verzekerde zodanig is dat deze recht heeft op de betreffende verstrekking. Indien de aanvraag onvoldoende informatie verschaft kan de verzekeraar besluiten dat het noodzakelijk is om meer informatie in te winnen bij de zorgaanbieder.



### 3.1 Bevindingen

#### *Acceptatieproces*

Wanneer verzekeraar A in het kader van de acceptatieprocedure extra informatie noodzakelijk acht, wordt de aspirant-verzekerde verzocht een machtiging te ondertekenen op basis waarvan extra gegevens kunnen worden opgevraagd. Vervolgens stelt de AG een advies op waarin wordt aangegeven of de aanvrager wel of niet wordt geaccepteerd. Indien wordt geadviseerd om de aspirant-verzekerde niet te accepteren, legt de AG schriftelijk de vraag aan verzoeker voor of hij zijn verzoek wil intrekken of dat zijn gegevens moeten worden doorgestuurd naar de backoffice acceptatie. Verzekeraar A bewaart gegevens betreffende iemands gezondheid één jaar en de aanmeldingsgegevens vijf jaar.

Verzekeraar A geeft aan dat de gegevens betreffende iemands gezondheid die in het kader van de acceptatieprocedure zijn opgevraagd, in een aparte kast staan en verder niet worden gebruikt in het kader van machtigingsprocedures en/of materiële controles. Per maand worden 130 à 140 acceptatiedossiers behandeld. In ongeveer 2 à 3 gevallen wordt extra informatie opgevraagd. Gegevens verkregen bij de uitvoering van de Zfw worden niet verder gebruikt voor de uitvoering van een particuliere verzekering behalve wanneer er sprake is van fraude. Het fraudeteam mag wel nagaan of er bij verzekeraar A al gegevens over de verzekerde bekend zijn. Pas wanneer boven een bepaalde grens wordt gedeclareerd, wordt gecontroleerd of er in de acceptatiefase sprake is geweest van verzwijging. De AG kan uit de opgegeven informatie bij de acceptatieprocedure vaak afleiden of dit het geval is. Het vermoeden van verzwijging kan weer aanleiding geven tot het opvragen van extra gegevens.

Bij verzekeraar B gebeurt het opvragen van gegevens betreffende iemands gezondheid onder de verantwoordelijkheid van de AG en altijd schriftelijk. Het opvragen van gegevens in het kader van de acceptatieprocedure gebeurt alleen met toestemming van de (aspirant)-verzekerde. Verzekeraar B geeft aan dat wanneer de aspirant-verzekerde al bekend is bij het ziekenfonds, heel soms toestemming aan hem wordt gevraagd om gegevens uit het bestand te raadplegen, als alternatief voor het opvragen van gegevens bij een zorgaanbieder. Regel is echter dat aanvullende informatie met toestemming wordt opgevraagd bij de zorgaanbieder. Indien een verzekering wordt geweigerd mag de aanvrager aangeven of hij wil dat het volledige dossier moet worden vernietigd. Ook het gegeven dat er sprake is geweest van een aanvraag en dat deze is geweigerd, wordt dan vernietigd.

Wanneer verzekeraar B vermoedt dat een (aspirant-) particulier verzekerde in het kader van het acceptatieproces informatie heeft verzwegen, wordt allereerst het oordeel van de AG gevraagd. Indien twijfel blijft bestaan, wordt toestemming gevraagd aan de verzekerde voor het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder. De gegevens betreffende iemands gezondheid blijven bij de AG. De conclusies van de AG worden aan het dossier toegevoegd en dat dossier gaat naar de afdeling die fraudegevallen onderzoekt. Verzekeraar B merkt op dat fraude vooral door bestaande verzekerden wordt gepleegd en maar nauwelijks voorkomt in de acceptatiefase.

Ook verzekeraar C geeft aan dat wanneer het noodzakelijk is om extra informatie op te vragen bij de behandelaar, de verzekerde hiervoor eerst om toestemming wordt gevraagd. Wanneer de aspirant-verzekerde niet wordt geaccepteerd, bewaart verzekeraar C zijn gegevens nog drie maanden waarna ze worden vernietigd. Verzwijging wordt meestal pas achteraf vastgesteld aan de hand van het declaratiepatroon. Verzwijging komt bij verzekeraar C voor bij verzekerden met een toppakket op grond waarvan veel tandheelkundige zorg wordt vergoed. Bij verzwijging door particulier verzekerden wordt niet in het systeem van het ziekenfonds gekeken.

### *Machtigingsproces*

Verzekeraar A vertelt dat hij in het afgelopen jaar de machtigingsprocedure heeft doorgelicht met als gevolg dat veel machtigingen zijn afgeschaft, onder andere voor hulpmiddelen die niet fraudegevoelig zijn. Wanneer een machtiging wel wordt vereist en aanvullende informatie noodzakelijk is om te kunnen beoordelen of de machtiging mag worden afgegeven, wordt in principe geen toestemming aan de verzekerde gevraagd om extra informatie op te vragen bij de zorgaanbieder. Verzekeraar A zegt dat de Zfw in dit kader uitgaat van integrale toestemming van de verzekerde. Aan een particuliere verzekerde wordt ook geen toestemming gevraagd om extra gegevens op te vragen ten behoeve van de beoordeling in het machtigingsproces. Ook hier wordt uitgegaan van integrale toestemming gelet op het feit dat de verzekerde een machtiging aanvraagt. Verzekeraar A informeert de verzekerde schriftelijk over het feit dat extra informatie is opgevraagd bij de zorgaanbieder. In de brief staat een telefoonnummer zodat de verzekerde de mogelijkheid heeft om hiertegen bezwaar te maken. Verzekeraar A geeft aan dat het eigenlijk nooit voorkomt dat verzekerden naar aanleiding van deze brief bezwaar maken tegen het opvragen van informatie. Bij verzekeraar A vraagt de AG meestal niet zelf de aanvullende informatie op, dit wordt door een van zijn medewerkers gedaan (administratief medewerkers, verpleegkundigen). Het opvragen van informatie gebeurt veelal via de telefoon of fax.

Verzekeraar B stelt dat in het kader van het machtigingsproces het opvragen van gegevens betreffende iemands gezondheid altijd onder verantwoordelijkheid van de AG gebeurt. Een machtiging wordt vaak aangevraagd door de behandelend arts. De toestemming voor het opvragen van aanvullende informatie wordt in dat geval door de verzekeraar verondersteld. De verzekerde wordt hier wel over geïnformeerd. Indien de verzekerde de machtiging zelf aanvraagt, wordt de aanvullende informatie schriftelijk bij hem opgevraagd. Een afschrift van de brief verstuurt de verzekeraar aan de behandelende arts.

Verzekeraar C geeft aan dat wanneer aanvullende informatie wordt opgevraagd (vaak bij de huisarts), de verzekerde hiervoor niet om toestemming wordt gevraagd maar hierover wel wordt geïnformeerd. Soms is het nodig om aan een verzekerde zelf meer informatie te vragen, bijvoorbeeld wanneer een machtiging voor vervoer wordt aangevraagd en er vragen zijn over de bestemming. Indien verzekeraar C een machtiging afgeeft, verstuurt hij deze aan de verzekerde en aan de leverancier/zorgaanbieder. Wanneer de verzekeraar de machtiging niet verleent, wordt de verzekerde – en wanneer daar sprake van is de aanvrager – hierover geïnformeerd. Wel wordt de verzekerde om toestemming gevraagd wanneer de verzekeraar het hele medische dossier wil opvragen. Dit is bijvoorbeeld vaak het geval bij de aanvraag van een machtiging voor plastische chirurgie of specialistische hulp. In het machtigingsproces maakt verzekeraar C geen onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden.

## **3.2 Conclusie**

Alle drie de onderzochte verzekeraars geven aan dat alvorens informatie in het kader van de acceptatieprocedure wordt opgevraagd bij een zorgaanbieder, de aspirant-verzekerde eerst om toestemming wordt gevraagd. In principe wordt de verzekerde echter niet om toestemming verzocht wanneer aanvullende informatie bij de zorgaanbieder in het kader van de machtigingsprocedure moet worden opgevraagd.

De drie verzekeraars hanteren bewaartermijnen ten aanzien van de gegevens van aspirant-verzekerden die niet door de acceptatieprocedure heen zijn gekomen.

### 3.3 Addendum

Het addendum stelt regels met betrekking tot het opvragen van gegevens betreffende de gezondheid bij zorgaanbieders en het bewaren van gegevens in het kader van de acceptatieprocedure.

#### *Opvragen gegevens betreffende iemands gezondheid*

In het addendum is geregeld dat voor het opvragen van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid door de AG van de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder ten behoeve van het 'beoordelen en accepteren' van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende ziektekostenverzekering, en het vervolgens verstrekken van deze gegevens door de zorgaanbieder, de uitdrukkelijke toestemming van de aspirant-verzekerde nodig is. Voor zover er een wettelijke acceptatieplicht bestaat, worden geen gezondheidsgegevens gevraagd om die betreffende verzekering af te kunnen sluiten.

Verder is bepaald dat indien een zorgaanbieder namens de verzekerde een aanvraag indient bij de zorgverzekeraar voor een machtiging, de volgende regels gelden:

- De zorgverzekeraar mag 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 AG 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.
- Indien de verzekerde zelf een aanvraag indient bij de zorgverzekeraar voor een machtiging, heeft de AG de uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde nodig voor het opvragen van informatie bij een zorgaanbieder.

#### *Bewaartermijn*

Indien een verzekeringsovereenkomst niet tot stand komt, worden de door of namens de verzekerde verstrekte persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid maximaal 12 maanden bewaard.

# 4

## MATERIËLE CONTROLE OP DECLARATIES

- 4.1 Bevindingen 27
- 4.2 Conclusie 24
- 4.3 Addendum 24

Onder materiële controle wordt het onderzoek verstaan waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en of die geleverde prestatie is aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Materiële controle wordt dus onderscheiden in controle op rechtmatigheid en doelmatigheid. Volgens het addendum en het bijbehorende protocol materiële controle houdt controle op rechtmatigheid in dat zorgverzekeraars nagaan of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd aan de verzekerde. Bij controle op doelmatigheid wordt nagegaan of de kosten en de kwaliteit in een goede verhouding staan tot de geleverde zorg. Het doel van materiële controle is voldoende zekerheid te verwerven dat er geen sprake is van substantiële onrechtmatigheid en ondoelmatigheid in de gedeclareerde zorgverlening. Voorbeelden van ondoelmatigheid zijn het te lang behandelen van whiplashklachten of het structureel voorschrijven van dure spécialité geneesmiddelen terwijl er veel goedkopere generieke middelen op de markt beschikbaar zijn.

Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) schrijft een aantal verplichte (materiële) controles aan zorgverzekeraars voor in het kader van het toezicht op de goede uitvoering van de Zfw. Voor wat betreft de aanvullende en de particuliere verzekeringen is het aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen of deze wil controleren op rechtmatigheid en doelmatigheid.

Het doen van materiële controles bij zorgaanbieders levert – zo blijkt uit de gesprekken met medewerkers van de drie verzekeraars – soms problemen op. In het onderstaande hoofdstuk wordt aangegeven tegen welke problemen verzekeraars aanlopen bij het doen van materiële controles. Daarbij is gekeken naar de rol die het CTZ en de verzekerde in dit proces spelen. Tevens is aan de orde gekomen of de komst van de nieuwe Zvw en de DBC-systematiek van invloed is op de manier van controleren. Ten slotte is gevraagd wat er in het protocol materiële controle geregeld zou moeten worden over dit onderwerp.

Het CBP heeft in de afgelopen jaren vaker het signaal gekregen dat er in de praktijk vragen leven over de grenzen die het medisch beroepsgeheim, de WGBO en de WBP al dan niet stellen aan het doen van dergelijke controles. Vanwege alle vragen uit de praktijk heeft ZN aan het addendum een protocol toegevoegd waarin regels zijn opgenomen over het onderwerp materiële controle. Dit protocol is samen met het addendum aan het CBP ter goedkeuring voorgelegd.

## 4.1 Bevindingen

### *Reikwijdte materiële controle en de rol van CTZ*

Verzekeraar A stelt dat het doen van materiële controles een verplichting is voor een ziekenfonds op grond van de Zfw. Materiële controle bij particuliere verzekeringen gebeurt veel minder. Naar verwachting zal verzekeraar A veel materiële controles uitvoeren in het kader van de nieuwe basisverzekering. Omdat zorg vallend onder de aanvullende verzekering niet wordt gecontracteerd en het tarief ook niet wettelijk is voorgeschreven, zal hier naar verwachting veel minder op worden gecontroleerd.

Verzekeraar B verklaart de vergoedingen in het kader van de Zfw, als ook vergoedingen op grond van aanvullende en particuliere verzekeringen, materieel te controleren.

Verzekeraar C merkt op dat met zorgaanbieders geen contracten worden afgesloten over zorg die valt onder de aanvullende verzekering. Dit betekent dat er geen prijsafspraken zijn en dat ook niet kan worden gecontroleerd of de zorgaanbieder zijn contract naleeft. Materiële controle is dus zinloos. Verzekeraar C verricht slechts materiële controles ten aanzien van de declaraties van ziekenfondsverzekerden. Bij aanvullende en particuliere verzekeringen wordt niet materieel gecontroleerd.

Verzekeraar A geeft aan dat het CTZ zich vooral richt op de rechtmatige uitvoering van de Zfw. De vraag die het CTZ dan stelt is of het ziekenfonds in één jaar tijd genoeg (materiële) controles heeft uitgevoerd. Verzekeraar A verwacht dat wanneer de nieuwe Zvw in werking treedt, de controle op kwaliteit en doelmatigheid belangrijker wordt. Verzekeraar B geeft aan dat CTZ bepaalt welke controles er jaarlijks ten minste uitgevoerd moeten worden. Verzekeraar C merkt op dat CTZ soms controles voorschrijft die geen fraudesignalen opleveren.

### *Wijze van controle*

Verzekeraar A kent de volgende soorten onderzoek bij materiële controle:

- 1 verbandscontrole (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).
- 2 steekproef
- 3 dossieronderzoek
- 4 agenda-onderzoek
- 5 verzekerdenenquête
- 6 mensen oproepen vooraf/controle door tandheelkundig adviseur achteraf
- 7 controle hulpmiddelen achteraf door technisch adviseur (verzekerde hoeft hier niet aan mee te werken).

Bij verzekeraar A worden jaarlijks de risicogebieden in kaart gebracht door middel van statistisch onderzoek. De uitkomsten hiervan worden gewogen en op basis daarvan wordt een selectie gemaakt van onderwerpen waar de materiële controle zich in het volgende jaar op zal gaan richten. Het statistisch onderzoek richt zich op hypothesen (waar zouden risico's kunnen zitten), gebeurt op basis van ervaring en naar aanleiding van tips en signalen.

Verzekeraar B controleert achteraf zowel formeel als materieel. Materiële controle bij verzekeraar B betekent dat wordt gecontroleerd of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. Controle gebeurt door te bellen met verzekerden. Ongeveer 200 verzekerden worden maandelijks steekproefsgewijs geselecteerd en vervolgens gebeld. Maar ook signalen, tips en verbandscontroles in het systeem kunnen aanleiding geven tot het doen van materiële controles. Verzekeraar B merkt daarbij op

dat controle op doelmatigheid erg lastig is wanneer de dossiers van verzekerden niet (mogen) worden ingezien. Wanneer er bijvoorbeeld signalen zijn dat niet-medisch noodzakelijke zorg wordt gedeclareerd, is het vaak noodzakelijk om agenda's te controleren van bijvoorbeeld fysiotherapeuten of taxivervoerders. Soms wordt ontdekt dat de hele administratie van een zorgaanbieder is vervalst.

Verzekeraar C maakt jaarlijks risicoanalyses op grond van statistische analyses, signalen en klachten van verzekerden. Bepaalde risicoverstrekkingen worden extra gecontroleerd. Gedacht moet worden aan specifieke verstrekkingen die betrekking hebben op ziekenhuiszorg, farmacie en tandheelkunde. Zo wordt bij farmaceutische verstrekkingen gecontroleerd of de contractafspraken worden nageleefd die zijn gemaakt met de zorgaanbieder over het voorschrijven van generieke geneesmiddelen. Verzekeraar C maakt daarnaast gebruik van verzekerdenenquêtes, controleert bij de verstrekking van hulpmiddelen de zorgplannen en maakt een top 10 (statistische analyse) van de duurste verstrekkingen. Verzekeraar C geeft aan dat inzage in de gegevens betreffende iemands gezondheid bijna nooit nodig is. Als er inzage wordt gevraagd is dat meestal om de bewijslast aan te vullen.

#### *Problemen bij controle*

Verzekeraar A bezoekt ieder jaar in het kader van de materiële controle praktijken van individuele zorgaanbieders en ziet dossiers in bij ziekenhuizen. Het is soms lastig als een zorgaanbieder geen inzage wil geven in de gegevens van zijn patiënten. Zorgaanbieders beroepen zich op privacywetgeving en/of willen alleen met toestemming van de patiënt inzage geven. Verzekeraar A stelt dat vooral specialisten geen inzicht willen geven in hun eigen handelen en daarbij de privacywetgeving als een excuus gebruiken. Volgens verzekeraar A hoeft echter geen toestemming gevraagd te worden aan de patiënt/verzekerde want ook de verzekerde zal moeten kunnen aantonen dat hij aanspraak mag maken op een bepaalde verstrekking. Verzekeraar A ervaart de Regeling administratie en controle ziekenfondsen Ziekenfondswet als problematisch. In deze regeling is neergelegd dat ziekenfondsen gerechtigd zijn om materiële controles uit te voeren, maar dat dit met inachtneming van het medisch beroepsgeheim dient te gebeuren. Naar het oordeel van verzekeraar A is deze bepaling niet concreet genoeg en leidt zij in de dagelijkse praktijk tot vragen en onduidelijkheden.

Ook verzekeraar B stelt problemen te ervaren bij het opvragen van informatie bij zorgaanbieders voor materiële controles. Vooral het verkrijgen van inzage in dossiers wordt als lastig ervaren. Verzekeraar B vordert de kosten terug wanneer een zorgaanbieder niet meewerkt aan materiële controles en hierdoor de rechtmatigheid van de verstrekkingen niet kan worden aangetoond. Vaak blijken instellingen en individuele zorgaanbieders dan wel bereid te zijn om mee te werken.

Verzekeraar C stelt dat de grootste weerstand tegen materiële controles komt uit de kring van medische specialisten in ziekenhuizen. Een aantal ziekenhuizen weigert verzekeraar C de toegang tot dossiers. Dossiers zijn ook vaak 'zoek'. Dat zal waarschijnlijk anders worden wanneer het elektronische patiëntdossier wordt ingevoerd. Verzekeraar C verwacht dat door de verantwoordelijkheid voor de goede uitvoering van regels en contractafspraken bij het bestuur van het ziekenhuis te leggen, het doen van materiële controle eenvoudiger wordt. Het bestuur maakt in de regel geen bezwaar tegen verzoeken om inzage in dossiers, het zijn voornamelijk de specialisten die op dit punt dwars liggen. Onder de nieuwe Zvw heeft het CTZ geen regelstellende bevoegdheid meer ten aanzien van de wijze waarop verzekeraars materieel controleren. Verzekeraar C verwacht dat daardoor het doen van materiële controles moeilijker zal worden omdat verzekeraars zich niet meer kunnen beroepen op het verplichte karakter van de controles ingevolge de Zfw.

#### *Materiële controle en de verzekerde*

Verzekeraar A stelt dat zijn materiële controles zich richten op het declaratiegedrag van de zorgaanbieders, niet op dat van zijn verzekerden. Verzekeraar A stuurt wel verzekerdenenquêtes uit naar zijn klanten. Verzekerden zijn echter niet verplicht om deze enquêtes in te vullen.

Verzekeraar B geeft aan er begrip voor te hebben dat materiële controles voor verzekerden lastig kunnen zijn. Verzekerden hebben immers een relatie met hun (individuele) zorgaanbieder en volgens verzekeraar B leidt dat ertoe dat ze niet altijd even kritisch zijn ten aanzien van de (kosten van de) zorg die wordt verleend. Verzekeraar B controleert ook verzekerden op doelmatigheid door de top 50 van verzekerden met de hoogste consumptie van zorg te bekijken.

#### *Diagnosebehandelcombinaties (DBC's) en het nieuwe zorgstelsel*

Verzekeraar A denkt dat door de komst van DBC's de noodzaak tot het doen van materiële controles groter wordt. Dit betekent dat verzekeraars vaker inzage zullen vragen in medische dossiers. Zorgverzekeraars zijn namelijk bang dat zorgaanbieders voor bepaalde behandelingen een duurdere DBC declareren dan de (goedkopere) DBC die daadwerkelijk voor de betreffende behandeling staat (het zogenaamde 'opplussen' of 'upcoden' van DBC's).

Ook verzekeraar B denkt dat er door de komst van DBC's meer materiële controle nodig zal zijn. Een DBC geeft meer inzicht in de wijze waarop een bepaalde aandoening wordt behandeld. Al kan door de komst van DBC's niet meer worden gecontroleerd op afzonderlijke behandelingen, het is wel beter mogelijk om logische verbandscontroles en doelmatigheidscontroles uit te voeren op het gehele behandeltraject. Verzekeraar B is aan het inventariseren welke risico's de DBC-systematiek met zich meebrengt. De kans bestaat dat (individuele) zorgaanbieders of ziekenhuizen meerder DBC-trajecten voor één patiënt declareren, terwijl het hele behandelingstraject wellicht ook onder één en dezelfde DBC gebracht had kunnen worden. Daarnaast doet het probleem zich voor dat ziekenhuizen hun systemen nog niet op orde hebben voor wat betreft deze nieuwe manier van declareren. Voor verzekeraars is er nog veel onbekend over de nieuwe systematiek. Zo is nog onduidelijk of er meerdere DBC's bij één patiënt kunnen lopen of dat alle behandelingen onder één DBC moeten worden gebracht.

Verzekeraar C merkt op dat op dit moment een aantal ziekenhuizen weigert een accountantsverklaring te overleggen ten aanzien van het registratiesysteem. In het registratiesysteem dient per patiënt bijgehouden te worden of deze een verwijzing van bijvoorbeeld de huisarts heeft. Accountants moeten dit vervolgens controleren. Bij de invoering van de DBC-systematiek verdwijnt het probleem dat ziekenhuizen niet willen meewerken omdat ze verplicht worden een AO/IC-verklaring te overleggen. De verwachting is dat deze bestuursverklaring over een paar jaar betrouwbaar is. Een bestuursverklaring geeft antwoord op de vraag of de juiste DBC's zijn geregistreerd en of er een verwijzing aanwezig is. Inmiddels heeft verzekeraar C een controleplan voor DBC's opgesteld voor het jaar 2005. De aandacht zal zich vooral richten op het al dan niet 'upcoden' van DBC's. Verzekeraar C verwacht dat in het nieuwe zorgstelsel de controle op doelmatigheid en kwaliteit een belangrijke plaats zal krijgen. Zo zal er meer aandacht zijn voor de controle op het gebruik van generieke middelen in plaats van de veel duurdere spécialités. Verzekeraars kunnen zo honderden miljoenen euro's per jaar besparen. Ook verwacht verzekeraar C onder de nieuwe Zvw efficiëntere en dus ook betere materiële controles te kunnen uitvoeren.

#### *Inhoud protocol materiële controle*

Verzekeraar A zou graag zien dat in het protocol komt te staan wat materiële controle precies is, op welke wijze materiële controles kunnen worden uitgevoerd

en welke afspraken hierover standaard moeten worden gemaakt met zorgaanbieders. Het protocol dient te definiëren wat verstaan moet worden onder controle op doelmatigheid. Daarnaast moeten in het protocol criteria worden opgenomen op basis waarvan kan worden beoordeeld of het middel dossieronderzoek mag worden ingezet. Er zijn de afgelopen jaren weinig van dergelijke controles uitgevoerd omdat ziekenhuizen zich verzetten tegen deze wijze van controleren.

Verzekeraar B is van oordeel dat in het protocol moet worden geregeld dat zorgaanbieders de privacywet niet als argument kunnen gebruiken om te voorkomen dat zij materieel worden gecontroleerd. Daarnaast vindt verzekeraar B het zaak om verzekerden zo min mogelijk lastig te vallen met het feit dat verzekeraars materieel controleren. Dit zou bij verzekerden alleen maar onnodig vragen oproepen. Wel moet er voor gewaakt worden dat zorgaanbieders ten onrechte een slechte naam krijgen bij verzekerden wanneer zij in het kader van materiële controles veel informatie prijs moeten geven aan verzekeraars.

## 4.2 Conclusie

Alle drie de verzekeraars geven aan dat er materiële controles plaatsvinden op vergoedingen ingevolge de Zfw. Verzekeraars worden hiertoe verplicht door het CTZ. Twee verzekeraars stellen weinig tot geen controle uit te voeren ten aanzien van aanvullende of particuliere verzekeringen. De derde verzekeraar controleert wel declaraties op grond van aanvullende en particuliere verzekeringen.

Alle drie de zorgverzekeraars stellen problemen te ervaren bij het opvragen van informatie bij zorgaanbieders, vooral bij het verkrijgen van inzage in medische dossiers. (Individuele) zorgaanbieders en met name medisch specialisten beroepen zich daarbij op privacywetgeving en/of willen alleen met toestemming van de patiënt inzage geven.

De drie verzekeraars verwachten dat door de komst van DBC's de noodzaak tot het doen van materiële controles groter wordt en dat er vaker inzage zal worden gevraagd in medische dossiers. Zorgverzekeraars zijn namelijk bang dat zorgaanbieders voor bepaalde behandelingen een duurdere DBC declareren dan de (goedkopere) DBC die daadwerkelijk voor de betreffende behandeling staat (het zogenaamde 'opplussen' of 'upcoden' van DBC's). Ook bestaat de angst dat individuele zorgaanbieders of ziekenhuizen meerdere DBC-trajecten voor één patiënt declareren, terwijl het hele behandelingstraject wellicht ook onder één en dezelfde DBC gebracht had kunnen worden.

Eén verzekeraar zou graag zien dat in het protocol komt te staan wat materiële controle precies is, op welke wijze materiële controles kunnen worden uitgevoerd en welke afspraken hierover standaard moeten worden gemaakt met zorgaanbieders. Twee verzekeraars zijn van oordeel dat het protocol antwoord moet geven op de vraag wanneer het middel materiële controle mag worden ingezet. Door hier uitsluitel over te geven kan naar hun mening worden voorkomen dat zorgaanbieders de privacywet als argument gebruiken om te voorkomen dat zij materieel worden gecontroleerd.

## 4.3 Addendum

In het addendum wordt bepaald dat zorgverzekeraars verplicht zijn om in de polis een bepaling op te nemen die vergelijkbaar is met 'De zorgverzekeraar verricht materiële controle en fraudeonderzoek overeenkomstig hetgeen daarover voor de



basisverzekering is bepaald bij of krachtens de Zorgverzekeringswet'. Daarnaast is in het addendum neergelegd dat de zorgverzekeraar ten behoeve van de controle van geleverde zorg slechts diagnose-informatie van verzekerden verwerkt, voor zover dat noodzakelijk is om de rechtmatigheid of doelmatigheid vast te stellen.

*Protocol materiële controle*

De leden van ZN hebben zichzelf gecommitteerd aan naleving van het addendum en het bijbehorende protocol materiële controle. Ook zijn zij verplicht tot naleving van deze gedragsregels op grond van de goedkeurende verklaring van het CBP. Alle zorgverzekeraars die op de Nederlandse markt de basisverzekering uitvoeren (dus ook eventueel zorgverzekeraars die geen lid zijn van ZN) zijn daarnaast aan het addendum en protocol gebonden op grond van de Regeling Zorgverzekering.

In het protocol wordt op hoofdlijnen beschreven op welke wijze materiële controle uitgevoerd moet worden en op welke wijze de vertrouwelijkheid van persoonsgegevens gewaarborgd moet worden. Het protocol is bedoeld om richting te geven voor de aanwending van de verschillende instrumenten die kunnen worden gebruikt bij de uitvoering van materiële controle. Niet is bedoeld om regels te stellen waaruit voor elk geval dwingend het exacte controle-instrument voortvloeit.

In het protocol worden de wettelijke (open) normen die gelden voor het verwerken van persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de gezondheid, nader ingevuld voor de materiële controle. Hiermee is geprobeerd antwoord te geven op de meest voorkomende vragen die hierover leven bij zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders. ZN heeft in het protocol materiële controle de informatie verwerkt die het CBP van de zorgverzekeraars heeft gekregen over de verschillende controle-instrumenten die in de praktijk worden ingezet.

# 5

---

## POSITIONERING VAN HET ZOR GKANTOOR

- 5.1 Bevindingen 27
- 5.2 Conclusie 27
- 5.3 Addendum 27

Zorgkantoren zijn belast met het uitvoeren van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). De AWBZ is voornamelijk bedoeld voor onverzekerbare risico's. Vooral verpleegtehuizen en instellingen voor gehandicapten vallen hieronder, maar ook de ambulante en curatieve GGZ worden gefinancierd vanuit de AWBZ. De term 'zorgkantoor' suggereert het bestaan van een zelfstandige organisatie, maar in feite gaat het om een regionale functie die bij wet is ondergebracht bij de ziekenfondsen. Ziekenfondsen zijn van oudsher regionaal georiënteerd. De functies van het zorgkantoor zijn onder meer wachtlijstbeheer, zorgtoewijzing en toekenning van het persoonsgebonden budget (PGB). Bij het uitvoeren van de taken van het zorgkantoor worden vaak gevoelige persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid verwerkt van chronische zieken, gehandicapten en psychiatrische patiënten, maar ook inkomensgegevens in verband met de berekening van de eigen bijdrage. Het zorgkantoor verwerkt niet alleen gegevens van de eigen verzekerden (ziekenfonds of particulier), maar van alle AWBZ-verzekerden in de regio, ook als die bij een andere zorgverzekeraar zijn verzekerd.

## 5.1 Bevindingen

Bij zowel verzekeraar A, B als C zijn zorgkantoren ondergebracht. Voor alle drie de verzekeraars geldt dat de zorgkantoren gehuisvest zijn in hetzelfde gebouw als dat van de zorgverzekeraar. Bij verzekeraar A en C zijn de zorgkantoren niet fysiek gescheiden van het zorgverzekeringsgedeelte, bijvoorbeeld door logische toegangscontroles. Wel zijn de zorgkantoren in een aparte afdeling of divisie ondergebracht met deels eigen personeel. Op stafniveau worden functies wel gedeeld (onder andere AG's, interne controle, juridische zaken, IT, zorginkoop en hoger management). Verzekeraar B heeft de uitvoering van de zorgkantoortaken ondergebracht in een aparte afdeling met eigen personeel. Op stafniveau worden functies gedeeld.

Voor alle drie de verzekeraars geldt dat de geautomatiseerde systemen in beginsel gescheiden zijn. Bij verzekeraar A en C maakt het zorgkantoor een enkele keer gebruik van het systeem van de zorgverzekeraar. Er wordt dan in het systeem van de zorgverzekeraar gekeken om te controleren of betrokkene wel verzekerd is of om 'verkeerde-bed-gevallen' uit te sluiten. De 'verkeerde-bed-problematiek' houdt in dat een verzekerde in het ziekenhuis ligt terwijl hij eigenlijk al zo ver is genezen of uitbehandeld dat hij naar huis of naar een verzorgingshuis had kunnen gaan. Verzekeraar A wisselt informatie uit tussen het zorgverzekeringsgedeelte en het zorgkantoor wanneer niet duidelijk is wie de kosten moet betalen voor een binnengekomen declaratie. Verzekeraar A vraagt de verzekerde hiervoor niet om toestemming. Bij verzekeraar B is het geautomatiseerde systeem van het zorgkantoor uitsluitend toegankelijk voor medewerkers van het zorgkantoor. Bij het zorgkantoor van verzekeraar C hebben twee medewerkers toegang tot de zorgadministratie van het ziekenfonds voor de zogenaamde 'verkeerde-bed-controle'.

## 5.2 Conclusie

Hoewel er bij alle drie de verzekeraars een scheiding tussen de gegevenshuishouding van zorgkantoor en ziekenfonds aanwezig is, is deze niet volledig. Kantoorlocaties en functies in de organisaties worden gedeeld en in een aantal specifieke gevallen is er ook gegevensverkeer over en weer.

## 5.3 Addendum

In het addendum is bepaald dat zorgverzekeraars persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid 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 voor zover enig wettelijk voorschrift daartoe verplicht.

# 6

---

## AUTORISATIES, FUNCTIESCHEIDING EN PRIVACYBELEID

- 6.1 Bevindingen 29
- 6.2 Conclusie 29
- 6.3 Addendum 29

Zorgverzekeraars verwerken veel persoonsgegevens, waaronder veel bijzondere persoonsgegevens zoals gegevens betreffende iemands gezondheid. Medewerkers zouden alleen toegang moeten kunnen krijgen tot die persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor het uitoefenen van hun taak. In dit kader heeft het CBP vragen gesteld over de autorisaties, functiescheiding, en het privacybeleid in het algemeen. Er wordt hierbij een onderscheid gemaakt tussen elektronische verwerkingen en papieren dossiers.

Het CBP heeft de elektronische systemen of papieren dossiers niet zelf bekeken maar is afgegaan op wat de verzekeraars zelf hebben verklaard.

## 6.1 Bevindingen

### *Elektronische verwerkingen*

De drie verzekeraars verklaren alle een systeem van autorisaties voor toegang tot bepaalde gegevenssets te hebben. Hoe specifiek de autorisaties zijn is op grond van de gesprekken niet precies te zeggen.

### *Papieren dossiers*

Verzekeraar A verklaart dat papieren dossiers op code (en niet op alfabet) worden opgeborgen op de betreffende afdeling. De dossiernummers zijn te vinden in het elektronische dossier. Hiertoe hebben alleen geautoriseerde medewerkers toegang.

Verzekeraars B en C voeren een 'clean-desk'-beleid. Bij verzekeraar C gaan de dossiers aan het eind van de dag in kasten die op slot gaan en wordt maandelijks de naleving van het 'clean-desk'-beleid gecontroleerd.

### *Privacybeleid*

Verzekeraar A beschikt over een klachtenregeling en een privacyreglement.

Verzekeraar B heeft een klachtenregeling en een privacyreglement. Daarnaast heeft verzekeraar B een privacycoördinator die jaarlijks het privacybeleid en de knelpunten evalueert. Ook is er een 'evaluatieteam risicobeheer' dat zich bezighoudt met de veiligheidsrisico's rond de verwerking van persoonsgegevens (beveiliging, fraude en privacy.) Periodiek vinden audits plaats door de Interne Accountantsdienst. Overigens blijkt uit het gesprek met verzekeraar B dat de komst van de WGBO in 1995 en de WBP in 2001 belangrijke aanleidingen zijn geweest voor verzekeraars om de organisatie en beveiliging van de processen te evalueren en aan te passen.

Verzekeraar C beschikt over een klachtenregeling. Daarnaast beschikt verzekeraar C over een werkprotocol voor het omgaan met gezondheidsgegevens. De naleving daarvan wordt gecontroleerd door een interne controleafdeling. Verzekeraar C is zelf van mening dat de organisatie goed doordrongen is van de scheiding tussen particuliere verzekeringen en het ziekenfonds. Er vindt geen overdracht van gegevens tussen die twee afdelingen plaats.

## 6.2 Conclusie

In de praktijk moet een balans worden gevonden tussen het op detailniveau regelen van autorisaties en de werkbaarheid hiervan. De algemene indruk die uit de gesprekken naar voren komt is dat er redelijk goed wordt nagedacht over functiescheiding en het autoriseren van medewerkers. Of het ook op detailniveau goed is geregeld, is door de beperkte omvang van het onderzoek niet te zeggen.

## 6.3 Addendum

In het addendum wordt bepaald dat een zorgverzekeraar een interne regeling dient op te stellen 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. Volgens de toelichting bij het addendum betreffen deze maatregelen achtereenvolgend contractuele geheimhoudingsverplichtingen, organisatorische maatregelen, technische maatregelen en (aandacht voor) privacybewustzijn.

## BIJLAGEN



Bijlage 1: Het onderzoek 31

## HET ONDERZOEK

### Doelstelling

Het CBP dient als toezichthouder kennis te hebben van de uitvoeringspraktijk van zorgverzekeraars. In het voorjaar van 2005 heeft het CBP een drietal zorgverzekeraars bezocht. Doel van het CBP daarbij was om een duidelijker beeld te krijgen van de verwerking van persoonsgegevens door zorgverzekeraars en de eventuele knelpunten en aandachtspunten met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Voor de goede orde wordt hier opgemerkt dat een verkennend onderzoek er niet op gericht is een rechtmatigheidsoordeel te geven.

### Opzet en uitvoering

Om meer zicht te krijgen op de werkwijze van de drie geselecteerde zorgverzekeraars zijn van te voren de jaarverslagen, klachtenregelingen en privacyreglementen bestudeerd. Ter plaatse heeft het CBP gesprekken gevoerd met medewerkers en/of afdelingshoofden van de afdelingen die verantwoordelijk zijn voor het acceptatieproces, het machtigings- en schadeproces en/of voor het proces rond materiële controle en/of de uitvoering van de AWBZ door het zorgkantoor. Tevens heeft het CBP bij elke zorgverzekeraar met één of meerdere adviserende geneeskundigen (AG) gesproken.

### Onderzoeksvragen

Tijdens de gesprekken zijn vragen gesteld over de volgende onderwerpen:


- De administratie van de AG (wie heeft hier toegang toe);
- Procedures rond het opvragen van gegevens bij derden (machtiging, toestemming);
- Het verloop van het acceptatieproces;
- Het verloop van het machtigingsproces;
- De wijze waarop (materiële) controle wordt uitgevoerd;
- Doelbinding en verenigbaar gebruik: of en zo ja hoe, de scheiding is aangebracht tussen de uitvoering van de Ziekenfondswet, particuliere verzekeringen (zorgverzekeraar) en de uitvoering van de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (zorgkantoor).

Bij alle gesprekken is tevens aandacht besteed aan de ideeën die de zorgverzekeraars hebben met betrekking tot de inhoud van het addendum en het bijbehorende protocol materiële controle.

### Rapportage

De bevindingen van de drie afzonderlijke onderzoeken zijn samengevoegd tot één rapport. De bevindingen van het CBP zijn uitsluitend gebaseerd op de bovengenoemde stukken en de informatie die uit de gevoerde gesprekken naar voren is gekomen. De resultaten worden in geanonimiseerde vorm gepubliceerd. Elk van de drie zorgverzekeraars wordt steeds met dezelfde letter aangeduid: A, B of C.

In het rapport zijn de onderzoeksresultaten gepresenteerd in hoofdstukken over de volgende deelonderwerpen:

- 
- 1 Noodzakelijkheid en verenigbaar gebruik van gezondheidsgegevens van verzekerden
  - 2 Het beheer van gezondheidsgegevens door de adviserend geneeskundige
  - 3 Het opvragen van gezondheidsgegevens bij zorgaanbieders en (aspirant-) verzekerden
  - 4 Materiële controle op declaraties
  - 5 Positionering van het zorgkantoor
  - 6 Autorisaties, functiescheiding en privacybeleid

Elk hoofdstuk begint met een korte inleiding over het onderwerp, waarna een verslag van de bevindingen volgt. Vervolgens wordt een samenvattende conclusie gegeven. Elk hoofdstuk wordt afgesloten met de regels die in het addendum voor de betreffende kwesties zijn geformuleerd.