

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3797

Vragen van het lid **Koşer Kaya** (D66) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *privacy in de geestelijke gezondheidszorg*. (Ingezonden 27 april 2009)

1

Wat is uw reactie op de opmerkingen van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) dat zijn advies over het vermelden van diagnose-informatie op declaraties niet sloeg op patiënten die besluiten hun psychiatrische behandelingen zelf te betalen?²

2

Waarom heeft u destijds besloten dat ook de behandelingen waarvoor patiënten besluiten zelf te betalen moeten worden geregistreerd?¹

3

Hoe beoordeelt u de reactie van zorgverzekeraar Uvit dat het declareren van vrijgevestigde psychiaters in Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) overbodig is?

4

Bent u bekend met de Helsinkiverdragen voor wetenschappelijk onderzoek bij mensen, waarin staat dat onder andere patiënten of deelnemers aan het onderzoek de onderzoekers mogen verbieden hun (incomplete) gegevens voor het onderzoek te

gebruiken? Bent u van mening dat de strenge ethische regels uit dit verdrag ook gelden voor onderzoek dat met gegevens uit de DBC's voor de ggz wordt uitgevoerd? Heeft u gekeken of dit verdrag als juridisch argument tegen het gebruik van DBC's voor onderzoek kan worden gebruikt?

¹ Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nr. 1079.

² Vrij Nederland, 11 april 2009: «Privacy in de geestelijke gezondheidszorg».

Antwoord

Antwoord van minister **Klink** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 10 september 2009) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2008–2009, nrs. 2767 en 3013

1

Het klopt dat ik het CBP in 2006 en 2007 heb gevraagd om een beoordeling van mijn voorstel tot wijziging van de productstructuur. Een afzonderlijk oordeel ten aanzien van zogenaamde zelfbetalers heb ik op dat moment niet noodzakelijk geacht. Voor de onderbouwing van deze keuze verwijs ik u naar mijn antwoord bij vraag 2. Zoals in het artikel staat vermeld, geeft de heer Kohnstamm nu aan niet te begrijpen, dat «de zelfbetaler verplicht geregistreerd moet worden». Hij doet hierbij expliciet afstand van «zijn petje als toezichthouder» en spreekt op persoonlijke titel. De basis voor

mijn beleid is echter het formele oordeel van het CBP geweest, zoals zij mij dit d.d. 6 december 2006 heeft toegezonden. (z2006-0025).

2

Volgens de Wmg (artikel 36, lid 1) zijn zorgaanbieders verplicht een administratie te voeren waaruit in ieder geval de overeengekomen en geleverde prestaties blijken. Verder moet daaruit blijken wanneer die prestaties zijn geleverd, aan welke patiënt onderscheidenlijk aan welke verzekerde die prestaties door een zorgaanbieder zijn geleverd, de daarvoor in rekening gebrachte tarieven en de in verband daarmee ontvangen of verrichte betalingen of vergoedingen aan derden. Het niet voldoen aan deze voorwaarde is een economisch delict.

3

Uvit stelt in haar reactie niet zozeer dat de DBC's overbodig zijn, als wel dat deze in haar ogen voor vrijgevestigde psychiaters weinig meerwaarde hebben wat betreft transparantie van declaratie en dus in die zin niet zinvol. Uvit stelt vervolgens vooral geïnteresseerd te zijn in de DBC-declaratie van instellingen als het gaat om de vergelijking van geleverde zorg en kosten. Dit verbaast mij, omdat juist met de huidige DBC-systematiek het voor Uvit mogelijk is om de zorg die vrijgevestigde zorgaanbieders

leveren eenduidig te vergelijken met die van instellingen. Dit is een verbetering ten opzichte van de oude situatie, waarin de AWBZ-parameters minder goed vergelijkbaar waren met de jaarkaarten, die met name door psychiaters werden gehanteerd. Ik ga er daarom nog steeds van uit dat het hanteren van een en dezelfde bekostigingssystematiek voor alle aanbieders van tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg Uvit helpt bij inkoop gerichte aandacht te besteden aan kwaliteit en doelmatigheid.

4

Ik ben bekend met de verklaring van Helsinki. In deze verklaring, die door de World Medical Association is opgesteld, worden richtlijnen en basisprincipes gegeven voor het verrichten van wetenschappelijk geneeskundig onderzoek op mensen en de omstandigheden waaronder deze zijn toegestaan. Hierin staat onder meer dat bij onderzoek elke mogelijke voorzorgsmaatregel moet worden genomen om de persoonlijke levenssfeer van de proefpersoon en de vertrouwelijkheid van de gegevens die hem betreffen te eerbiedigen. Verder wijs ik erop dat in Nederland medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen al vele jaren wordt getoetst door medisch-ethische commissies. Om de bescherming van proefpersonen (verder) te vergroten, is de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen opgesteld. Daar waar nodig kunnen deze wettelijke kaders ook voor onderzoek met gegevens uit het DBC Informatie Systeem (DIS) gebruikt worden. Ik heb geen aanleiding te veronderstellen dat in voorkomende gevallen de bovengenoemde wettelijke kaders worden overtreden. Voor zover er gebruik is gemaakt van informatie uit DIS, bijvoorbeeld voor de zorgprofielen in de in- en verkoopgids DBC GGZ, is er sprake van de publicatie van landelijke gemiddelden die op geen enkele wijze te herleiden zijn naar individuele patiënten. De gegevens worden ook zodanig aangeleverd dat herleiding naar personen niet mogelijk is. Ik ben dan ook van mening dat hun persoonlijke levenssfeer hierdoor niet onevenredig geschaad wordt. Integendeel, dankzij deze informatie is een zorgverzekeraar beter in staat om voor zijn klanten de juiste zorg in te kopen. Het is aan de

onderzoekende partijen zelf om bij toekomstige onderzoeken bij het gebruik van informatie uit DIS rekening te houden met de daarvoor geldende wettelijke kaders.