

Vergaderjaar 2013–2014

**33 750 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2014**

**Nr. 8**

### **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 4 oktober 2013

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 januari 2013 inzake het onderzoeksrapport medisch beroepsgeheim (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 129).

De op 1 maart 2013 toegezonden vragen zijn met de door de Minister bij brief van 3 oktober 2013 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Clemens

## **Inhoudsopgave**

- |     |   |    |
|-----|---|----|
| I.  | Vragen en opmerkingen vanuit de fracties    | 2  |
| II. | Reactie van de Minister en Staatssecretaris | 13 |

## **I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES**

### **Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie**

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief van de Minister over het medisch beroepsgeheim. Genoemde leden hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

De onderzoekers concluderen dat een correcte omgang met het beroepsgeheim bevorderd kan worden door het bieden van handreikingen en door oefening en het delen van ervaringen en casussen. De Minister geeft aan dat het veld ten aanzien van het eerste punt actie onderneemt. De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG), GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) hebben handreikingen uitgebracht of zijn daar mee bezig. Is er sprake geweest van afstemming of overleg tussen de verschillende organisaties, zodat deze handreikingen goed op elkaar aansluiten? Pakt het veld ook het tweede punt actief op? Worden bijvoorbeeld opleidings- en nascholingsmaterialen aangepast?

De leden van de VVD-fractie zijn het volmondig eens met de stelling dat fraude met voor zorg of sociale zekerheid bestemde middelen een bedreiging vormt voor de vrije toegang tot deze voorzieningen. De Minister geeft aan dat in dit kader onderzocht wordt welke aanpassingen in wetgeving op het terrein van VWS en SZW noodzakelijk zijn om duidelijkheid te geven over het medisch beroepsgeheim bij een vermoeden van fraude.

De Staatssecretaris van VWS zal een wetsvoorstel aanpassen om onduidelijkheid in de AWBZ weg te nemen. Kan concreet aangegeven worden welke onduidelijkheid dit wetsvoorstel weg moet nemen? Wat is het voorziene tijdpad voor deze aanpassing?

Momenteel wordt onderzocht waar nog leemtes in de VWS-wetgeving zitten met betrekking tot de mogelijkheden van fraudebestrijding en op welke wijze die moeten worden opgelost. Wat is de huidige stand van zaken en wat is het voorziene tijdpad van dit proces?

Is het juist dat zorgverleners zich in procedures lang kunnen verzetten tegen opheffing van het medisch beroepsgeheim? Is de Minister bereid om in de VWS-wetswijziging door middel van een kortgedingachtige constructie het opheffen van het medisch beroepsgeheim sneller te effectueren, zo vragen de leden van de VVD-fractie.

### **Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie**

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de reactie van de Minister van VWS, mede namens de Ministers van Veiligheid en Justitie en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, op het rapport van het onderzoek naar het medisch beroepsgeheim door het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze leden zijn met de Minister van mening dat het medisch beroepsgeheim het mogelijk maakt dat iedereen vrij gebruik kan maken van zorg zonder bang te hoeven zijn dat een zorgverlener informatie met anderen deelt. Hiermee wordt de vrije toegang tot de zorg gewaarborgd. Zij zijn van mening dat het medisch beroepsgeheim alleen bij uitzondering en onder bepaalde voorwaarden kan worden doorbroken.

De leden van de fractie van de PvdA begrijpen dat de discussie over de reikwijdte van het medisch beroepsgeheim opnieuw aan de orde wordt gesteld naar aanleiding van de gebeurtenissen in Alphen aan den Rijn en naar aanleiding van fraude met persoonsgebonden budgetten (pgb's) en uitkeringen op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO).

#### *Bestaande mogelijkheden tot doorbreking van het beroepsgeheim*

De leden van de PvdA-fractie vragen de Minister nogmaals de argumenten toe te lichten die er toe leiden dat zij, in tegenstelling tot de onderzoekers, van mening is dat de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden biedt tot doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Waarom wordt nadere invulling van de beroepsnormen niet voldoende geacht? De onderzoekers van de Erasmus Universiteit menen dat de bestaande wettelijke gronden tot doorbreking van het beroepsgeheim de vrije toegang tot de zorg garanderen. Voor genoemde leden is dit een zwaarwegende conclusie.

#### *Knelpunten en onduidelijkheden ten aanzien van de doorbreking van het beroepsgeheim*

De leden van de PvdA-fractie vernemen dat de onderzoekers vinden dat gebrek aan kennis over (omgang met) het medisch beroepsgeheim er soms toe leidt dat het beroepsgeheim ten onrechte niet wordt doorbroken of juist ten onrechte wel wordt doorbroken. Zij noemen het voorbeeld Alphen aan den Rijn en ook voorbeelden ten aanzien van verzekeringsartsen, bedrijfsartsen en AWBZ-zorgverleners. De onderzoekers menen dat de onduidelijkheid en het gebrek aan kennis zijn op te lossen door in de opleidingen en in de beroepspraktijk meer aandacht te schenken aan het omgaan met het medisch beroepsgeheim. Daarnaast menen zij dat richtlijnen en protocollen meer duidelijkheid en houvast kunnen bieden. De onderzoekers constateren dat de wetgever tot nu toe altijd het belang van vrije toegang tot de zorg heeft laten prevaleren boven andere belangen, zoals veiligheid en fraudebestrijding. Deze leden hechten zwaar aan het belang van vrije toegang tot de zorg, maar zij kunnen zich wel voorstellen dat er andere belangen zijn die zouden kunnen prevaleren boven het in stand houden van het medisch beroepsgeheim. Met de onderzoekers zijn zij van mening dat oplossingen die geen afbreuk doen aan de vrije toegang tot de zorg de voorkeur verdienen. Zij gaan ervan uit dat deze gedachte ook ten grondslag ligt aan de overwegingen van de Minister.

#### *Voorkomen van geweldsdelicten*

De leden van de fractie van de PvdA delen net als de Minister de conclusie van de onderzoekers dat betere omgang met het beroepsgeheim herhaling van een schietincident zoals in Alphen aan den Rijn kan voorkomen. Zij zijn blij dat de verschillende organisaties handreikingen hebben opgesteld, maar vragen of dat voldoende is. Op welke wijze wordt ervoor gezorgd dat uitwisseling van ervaringen, onderling overleg en oefening door zorgverleners, alsmede meer aandacht in de opleidingen daadwerkelijk worden toegepast? Wie zorgt daarvoor, waar ligt de verantwoordelijkheid, welk doel wordt daarbij gesteld en hoe wordt ervoor gezorgd dat zorgverleners de inhoud van de handreikingen ook echt in de praktijk brengen? Hoe wordt de voortgang daarvan in de gaten gehouden?

### *Arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude*

De leden van de PvdA-fractie zijn met de Minister van mening dat fraude in het kader van aanspraken bekostigd uit de algemene middelen op grond van sociale zekerheidswetgeving en zorgwetgeving krachtig moet worden bestreden. Het is onacceptabel als zorgverleners zich achter het medisch beroepsgeheim verschuilen om fraude te verbergen. Inderdaad betekent fraude ook dat de vrije toegang tot de zorg beperkt kan worden omdat publiek geld wordt onttrokken. De onderzoekers constateren dat er onduidelijkheid bestaat over de bestaande mogelijkheden om het beroepsgeheim te doorbreken, zowel bij verzekeringsartsen werkzaam bij het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) als bij zorgverleners die betrokken zijn bij de uitvoering van de AWBZ. Het doorbreken van het beroepsgeheim om fraude te kunnen aanpakken is dus in het belang van iedereen. Het Openbaar Ministerie heeft aangegeven dat met de huidige wetgeving UWV-artsen hun beroepsgeheim kunnen doorbreken om arbeidsongeschiktheidsfraude te melden. De huidige wetgeving is echter volgens de Minister onvoldoende duidelijk omdat UWV-artsen een vermoeden van fraude niet kunnen melden zonder het risico tuchtrechtelijk te worden aangesproken. Bovendien constateert de Minister een dilemma voor artsen die een vermoeden hebben van fraude. De leden van de fractie van de PvdA wachten de wijziging van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen belangstellend af. Zij vragen waarom de geconstateerde onduidelijkheid alleen weggenomen kan worden door middel van een wetswijziging. Het Openbaar Ministerie constateert dat er ook onduidelijkheid bestaat bij zorgverleners die betrokken zijn bij AWBZ-zorg. De leden van de PvdA-fractie wachten het door de Staatssecretaris van VWS aangekondigde wetsvoorstel af om deze onduidelijkheid weg te nemen. Kan uitgelegd worden waarom deze onduidelijkheid alleen weggenomen kan worden door middel van een wetsvoorstel?

### *Bedrijfsartsen*

De leden van de PvdA-fractie lezen in het onderzoeksrapport dat ook voor bedrijfsartsen onvoldoende duidelijk is wanneer het beroepsgeheim mag worden geschonden. Zij nemen kennis van het feit dat er een leidraad bestaat en er aandacht wordt besteed aan het medisch beroepsgeheim op congressen en dergelijke. Toch vragen zij, gezien de constatering van de onderzoekers van de Erasmus Universiteit, of dit voldoende is. Met de Minister wachten zij de evaluatie door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) af. Wanneer wordt deze verwacht? Welke aanvullende maatregelen zouden kunnen worden genomen? Wordt daarbij aan een wetswijziging gedacht?

### *Slachtofferinformatie*

De leden van de PvdA-fractie zijn het eens met de onderzoekers dat het verstrekken van slachtofferinformatie de vrije toegang tot de zorg niet schaadt omdat de informatie geanonimiseerd wordt vrijgegeven. Natuurlijk kan ook het informeren van verwanten over de toestand van slachtoffers normaal worden geacht.

### *Wetsvoorstel Wet forensische zorg*

Naar de mening van de leden van de fractie van de PvdA is de omgang met het medisch beroepsgeheim al geregeld via een multidisciplinaire commissie. Zij zijn zich bewust van het risico dat het feit dat er een mogelijkheid is dat medische gegevens worden vrijgegeven (en in een strafzaak kunnen worden gebruikt) kan betekenen dat cliënten zich minder

vrij voelen om alles met hun ggz-hulpverlener te bespreken. De vrije toegang tot de zorg is met deze gang van zaken niet gediend volgens de onderzoekers. Genoemde leden zijn met de Minister van mening dat deze inbreuk op het medisch beroepsgeheim een optimale behandeling en een verkleining van de kans op recidive betekent en daarmee in het algemeen belang is van de veiligheid van de samenleving. De multidisciplinaire commissie en de penitentiaire kamer bieden volgens deze leden voldoende waarborgen.

### *Conclusie*

De leden van de PvdA-fractie zijn van mening dat het waarborgen van het medisch beroepsgeheim essentieel is voor een vrije toegang tot de zorg. Bestaande wetgeving biedt al mogelijkheden om het beroepsgeheim te doorbreken. Deze leden zien graag een nadere argumentatie waarom onvoldoende duidelijkheid met de huidige wetgeving alleen kan worden opgelost door een wetwijziging en niet door betere toepassing van richtlijnen en protocollen en meer aandacht voor het onderwerp. Ook willen zij graag uitgebreidere informatie ontvangen over de wijze waarop de aanbevelingen van de onderzoekers worden geïmplementeerd via concrete afspraken en maatregelen, het tijdpad dat daarbij zal worden gehanteerd, en de wijze waarop getoetst wordt of dit effectief is. Het alleen «onder de aandacht brengen van de opleidingsinstellingen en beroepsorganisaties» vinden deze leden wat te vrijblijvend. Welke ambitie en verantwoordelijkheid heeft de overheid in dezen? Op welke wijze zal worden gemonitord of de vrijwillige inzet van handreikingen etc. effect heeft? Wat maakt dat er een cultuuromslag gaat plaatsvinden? Deze leden zijn van mening dat de medische commissie uitgebreid zou moeten worden naar een zorgbrede «medisch ethische commissie» en dat deze opengesteld zou moeten worden voor informatie, advies en consult. Hierdoor kunnen hulpverleners bij twijfel altijd de casus (anoniem) voorleggen. Dit bevordert volgens hen intercollegiale toetsing. Er kan dan ook gekeken worden of het hele dossier of een deel daarvan vrijgegeven moet worden, wegens een hoger belang. Deze commissie zou bijvoorbeeld ook door familie ingeschakeld kunnen worden indien een patiënt is overleden (bijvoorbeeld na zelfmoord) en er twijfels zijn over medisch handelen. Kan aangegeven worden wat de ervaringen met een dergelijke commissie in Zwitserland zijn en op welke wijze zo'n commissie in Nederland zou kunnen worden geïnstalleerd?

### **Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie**

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de reactie van de Minister op het onderzoek naar het medisch beroepsgeheim. Fraude moet absoluut aangepakt worden maar deze leden delen de conclusie van de Minister niet dat verruiming van het medisch beroepsgeheim daarvoor noodzakelijk is. Deze leden hebben daarom een paar aanvullende vragen.

De leden van de PVV-fractie kunnen zich vinden in de maatregelen en initiatieven die correcte omgang met het medisch beroepsgeheim bevorderen. Het is heel goed dat er vanuit het veld gewerkt wordt aan richtlijnen, handreikingen en het uitwisselen van ervaringen. Ook meer aandacht voor het beroepsgeheim bij opleidingen is een goede aanpak. Deze leden staan daarom op het standpunt dat een wetwijziging om het beroepsgeheim te versoepelen overbodig is. Mogelijke knelpunten en onduidelijkheden omtrent het medisch beroepsgeheim zijn door middel van deze initiatieven grotendeels op te lossen, aldus deze leden.

Welke fraude denkt de Minister precies te bestrijden met verruiming van het medisch beroepsgeheim, zo vragen de leden van de PVV-fractie. Ten aanzien van pgb-fraude hebben deze leden altijd gepleit voor het trekkingsrecht. Hoever is het kabinet met het uitwerken hiervan? Is de Minister bang dat deze maatregel onvoldoende zal zijn om de pgb-fraude aan te pakken? Hoeveel fraude denkt de Minister eigenlijk te gaan opsporen door het versoepelen van het medisch beroepsgeheim? Heeft de Minister onderliggende cijfers over misbruik van het medisch beroepsgeheim om fraude verborgen te houden? Kunnen deze leden die cijfers krijgen?

De leden van de PVV-fractie zijn van mening dat zorgverzekeraars fraude heel goed kunnen aanpakken en dat het hiervoor niet nodig is om het medisch beroepsgeheim te doorbreken. Indien een verzekerde toestemming geeft kan de zorgverzekeraar gegevens opvragen bij de zorgaanbieder. Genoemde leden denken dan ook dat de verzekerde/patiënt een grote rol kan spelen bij de aanpak van zorgfraude. Is de Minister dat met deze leden eens?

De Minister staat op het standpunt dat iemand die fraude pleegt geen recht heeft op het medisch beroepsgeheim. De leden van de PVV-fractie willen de Minister erop wijzen dat op het moment dat het medisch beroepsgeheim doorbroken wordt, de fraude nog niet is vastgesteld en men dat recht dus wel heeft. Hanteert deze Minister niet langer het principe «onschuldig tot de schuld bewezen» is, zo vragen deze leden.

De leden van de PVV-fractie vragen tenslotte wat voor wetswijziging de Minister precies voor ogen heeft. Betreft de wetswijziging het beroepsgeheim van alle artsen of alleen van verzekeringsartsen? En worden artsen dan verplicht om het beroepsgeheim te doorbreken of gaat het om een bevoegdheid? Wanneer denkt de Minister hier nadere details over te kunnen verstrekken?

### **Vragen en opmerkingen van de SP-fractie**

De leden van de SP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het onderzoeksrapport medisch beroepsgeheim. De onderzoekers constateren dat knelpunten vooral op te lossen zijn door in opleidingen en de beroepspraktijk meer aandacht te besteden aan de omgang met het medisch beroepsgeheim. Die conclusie delen de leden van de SP-fractie. De Minister schrijft dat de wetgever tot nu toe bij de afweging tussen het belang van het medisch beroepsgeheim en andere belangen, bijvoorbeeld veiligheid en fraudebestrijding, het belang van vrije toegang tot de zorg heeft laten prevaleren. Genoemde leden zijn het met die keuze eens. Ook kunnen zij instemmen met de afweging die de Minister maakt om het medisch beroepsgeheim volledig in stand te laten wat betreft het voorkomen van geweldsincidenten. Deze leden vinden het medisch beroepsgeheim zeer waardevol en beschermwaardig omdat het een essentiële voorwaarde vormt voor de vrije toegang tot de zorg.

De leden van de SP-fractie verzetten zich tegen het voornemen van de Minister om het beroepsgeheim te versoepelen om arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude op te sporen. Genoemde leden willen weten of de Minister nader kan aangeven waarom de stelling van de schrijvers van het rapport, namelijk dat nieuwe wetgeving onnodig en ongewenst is op dit punt, onjuist zou zijn.

De leden van de SP-fractie willen dat de Minister uitgebreid toelicht wat zij verstaat onder «het vermoeden van fraude». Ook willen deze leden weten welke belemmeringen de Minister precies ziet bij de bestrijding van

fraude. Genoemde leden hebben de indruk dat de Minister wel heel gemakkelijk heenstapt over de principiële reden van het bestaan van het medisch beroepsgeheim. Deze leden willen dat de Minister uitgebreid beargumenteert welk probleem zij wil oplossen met het versoepelen van het beroepsgeheim om fraude op te sporen en dat zij ingaat op de dilemma's die hiermee gepaard gaan. Is de Minister het met de leden van de SP-fractie eens dat de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt van groot belang is? Zij vragen waarom de Minister van de arts een opsporingsambtenaar wil maken. Genoemde leden vragen ook welke opsporingsmogelijkheden nu al bestaan om fraude in de zorg en de sociale zekerheid op te sporen. Deze leden willen weten waarom die mogelijkheden volgens de Minister nu onvoldoende zijn. Zij willen dat de Minister uitgebreid beargumenteert wat het versoepelen van het medisch beroepsgeheim daar nog aan toevoegt.

De leden van de SP-fractie vinden het vreemd dat wordt gekozen voor het versoepelen van het beroepsgeheim terwijl er veel fraude voorkomt bij pgb-bureaus. Daarbij heeft het naar de mening van deze leden geen zin om het medisch beroepsgeheim te versoepelen. Genoemde leden willen van de Minister weten hoe vaak de opsporingsinspanningen van de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD) en het Openbaar Ministerie hebben geleid tot vervolging. Zij vragen een overzicht. Voorts willen zij weten of de plukze-regeling ook geldt voor zorgfraude. Ook willen deze leden weten of het juist is dat er geen registratie bestaat van frauderen met zorggelden. Een andere vorm van fraude die in de zorg voorkomt is het upcoden. De leden van de SP-fractie willen een overzicht van de inspanningen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) om deze vorm van fraude aan te pakken. Daarnaast willen deze leden weten of de Minister erkent dat de versoepeling van het medisch beroepsgeheim bij de opsporing van deze vorm van fraude geen enkele zin heeft.

### **Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie**

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de voorstellen van de Minister naar aanleiding van het onderzoeksrapport over het medisch beroepsgeheim. Zij onderschrijven het belang van het medisch beroepsgeheim om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te bewaren. Daarnaast zien zij het medisch beroepsgeheim als bescherming van de patiënt. Tegelijkertijd is het medisch beroepsgeheim nooit bedoeld als dekmantel voor kwaadwillenden en het mag zich nooit tegen de mens en een rechtvaardige samenleving keren.

Deze leden ondersteunen de voorstellen van de Minister als het gaat om het zorgvuldig verstrekken van slachtofferinformatie. Het verstrekken van slachtofferinformatie door ziekenhuizen en zorgverleners aan de burgemeester in het kader van crisiscommunicatie schaadt het medisch beroepsgeheim niet. De Minister geeft aan dat implementatie van de handreiking openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises naar verwachting een oplossing biedt voor de soms moeizame verstrekking van slachtofferinformatie. Deze leden vragen hoe het staat met deze implementatie en op welke wijze de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hierbij betrokken is.

Daarnaast ondersteunen de leden van de CDA-fractie ook het advies van de onderzoekers dat er veel meer aandacht moet worden besteed aan het beroepsgeheim in opleidingen en door middel van cursussen. De Minister geeft aan dat zij daar ook een groot voorstander van is. Zij geeft aan dat ze dit onder de aandacht brengt van de opleidingsinstellingen en de beroepsorganisaties. Op welke wijze gaat zij dit onder de aandacht



brengen van de opleidingsinstellingen, zo vragen deze leden. Daarnaast willen genoemde leden ook graag weten of de Minister gaat monitoren/evalueren of er toenemende aandacht voor het medisch beroepsgeheim in opleidingen en cursussen is. Op welke termijn wil zij dat de aanbevelingen door de opleidingsinstellingen zijn opgepakt?

De leden van de CDA-fractie zijn kritischer over de voorstellen van de Minister om het medisch beroepsgeheim op te rekken voor de bestrijding van fraude in de zorg en de sociale zekerheid. Deze leden zijn enorme voorstanders van effectieve fraudebestrijding. Zij vragen echter of er niet andere mogelijkheden en middelen zijn om fraudebestrijding effectief te laten zijn. Zij vragen of de voorstellen van de Minister wel proportioneel zijn en of er voldoende alternatieven onderzocht zijn (subsidiariteit). Hierna zullen zij naar aanleiding van de voorstellen van de Minister diverse vragen stellen.

Allereerst willen deze leden de onderzoekers complimenteren voor hun heldere onderzoeksrapport. Het is daarom ook opvallend dat de Minister met zo geringe motivering van de aanbevelingen afwijkt.

De leden van de CDA-fractie hechten belang aan het medisch beroepsgeheim. Het medisch beroepsgeheim zorgt ervoor dat patiënten een onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg hebben. Daarnaast is er het individuele belang van de patiënt. De patiënt moet de hulpverlener de meest intieme gegevens kunnen verstrekken die de zorgverlener nodig heeft voor het leveren van goede zorg.

De onderzoekers concluderen dat de problemen met het medisch beroepsgeheim vooral samenhangen met onbegrip, niet alleen bij de buitenwacht over de betekenis van het medisch beroepsgeheim maar vooral ook bij de beroepsbeoefenaren zelf. Naleving en handhaving van de regelgeving omtrent het omgaan met het beroepsgeheim en de doorbreking daarvan lijken daardoor grotere problemen te zijn dan gebrek aan normering. Deze leden vinden dat de Minister onvoldoende beargumenteert waarom van het advies van de onderzoekers wordt afgeweken. Graag ontvangen zij een reactie op dit punt. De knelpunten die gesignaleerd zijn, zijn volgens de onderzoekers met zelfregulering op te lossen. De leden van de CDA-fractie horen de Minister regelmatig het belang van zelfregulering benadrukken. Waarom kiest de Minister er bij het medisch beroepsgeheim dan niet voor? En ziet de Minister geen andere mogelijkheid om zelfregulering te stimuleren dan te grijpen naar wetgeving?

De onderzoekers geven aan dat het beroepsgeheim daarmee niet alleen voor een individueel belang staat, maar ook voor een maatschappelijk belang, dat erin bestaat de onbelemmerde toegang tot hulpverleners voorrang te verlenen boven andere maatschappelijke belangen. Het beroepsgeheim, kortom, is deel van de kern van de medische ethiek en er is niet aan te ontkomen dat andere belangen zoals het vrije verkeer van kennis, informatie en meningen, de persvrijheid en het belang van het publieke debat, de waarheidsvinding in het strafproces, soms een ondergeschikte plaats moeten innemen (p. 25). Wat is de mening van de Minister over deze stelling en hoe verhoudt dit zich tot de aangekondigde wetsvoorstellen?

#### *Arbeidsongeschiktheidsfraude*

De Minister is met de ambtgenoot van SZW van mening dat UWV-verzekeringsartsen op grond van de huidige wetgeving en jurisprudentie een vermoeden van fraude niet kunnen melden zonder het risico



tuchtrechtelijk te worden aangesproken. De Minister stelt voor dat de wetgeving zodanig wordt aangepast dat duidelijk is wanneer verzekeringsartsen en andere zorgverleners een vermoeden van arbeidsongeschiktheidsfraude kunnen melden en op vordering van het Openbaar Ministerie gegevens omtrent de fraude dienen te verstrekken. Wie zijn die andere zorgverleners waar de Minister het over heeft? Het Centraal Tuchtcollege (CTG) sprak zich uit over de noodzaak van een beroepscode voor verzekeringsgeneeskundigen tijdens zijn uitspraak van 11 mei 2010 (C2009/051, LJV YG 0274). Het CTG oordeelde in 2010 dat ook voor een arts die werkzaam is als verzekeringsdeskundige in het kader van de sociale verzekering het medisch beroepsgeheim geldt, dat slechts in uitzonderlijke gevallen doorbroken kan worden. Het CTG gaf de betrokken beroepsvereniging respectievelijk de uitvoeringsinstanties in overweging te komen tot nadere zelfregulering. De opstellers van het Marque-rapport hebben dit ook benadrukt. Zij hebben aanbevolen de opmerkingen van het CTG nogmaals in overweging te nemen en te komen tot een concrete richtlijn voor de gevallen waarin een verzekeringsarts wordt geconfronteerd met fraude, zowel in het geval van eigen vermoedens als in de situatie dat hem of haar door handhavers of opsporingsambtenaren om een verklaring wordt gevraagd. Waarom kiest de Minister niet voor het entameren van een concrete richtlijn in plaats van regelgeving? Past dat niet veel beter bij de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit die leidend zijn bij het medisch beroepsgeheim?

De Minister schrijft dat zij met de onderzoekers van het iBMG van mening is dat iemand die fraude pleegt, wat dat betreft de bescherming van het medisch beroepsgeheim niet behoort toe te komen. Hoe verhoudt zich dat tot de opmerking van onderzoekers dat een dergelijke inbreuk op de geheimhoudingsplicht door een wijziging van wet- en regelgeving een vreemde eend in de bijt zou zijn, omdat vrijwel alle wettelijke inbreuken gerechtvaardigd zijn door het belang dat het medisch beroepsgeheim bedoelt te dienen (p. 68)? De bewering van de Minister dat het makkelijk kan, lijkt hier toch enigszins haaks op te staan. Graag ontvangen de leden van de CDA-fractie een reactie. De onderzoekers concluderen zelfs dat een wettelijke spreekplicht voor UWV-verzekeringsartsen het grotere kwaad is, en invoering is om die reden niet raadzaam (p. 69). Dan kan de Minister toch niet volhouden dat de onderzoekers van mening zijn dat de patiënt de bescherming van het medisch beroepsgeheim bij fraude niet hoort toe te komen? Graag zien deze leden een nadere reactie van de Minister tegemoet.

### *Zorgfraude*

De Minister geeft ook aan dat de Staatssecretaris van VWS een wetsvoorstel zal voorbereiden om de AWBZ zodanig aan te passen dat de onduidelijkheid wordt weggenomen over de mogelijkheid om het beroepsgeheim te doorbreken bij vermoedens van fraude gepleegd in het kader van die wet. Opvallend is dat in de wetsgeschiedenis van artikel 7:457, eerste lid, BW de AWBZ niet genoemd wordt als voorbeeld van een wettelijke inbreuk op het beroepsgeheim. De oude Ziekenfondswet was wel genoemd, maar de AWBZ, die destijds uiteraard ook al bestond, niet. Hoe legt de Minister uit dat de AWBZ toentertijd in de wetsgeschiedenis niet genoemd is? Hoe verhoudt de wens van de Minister en Staatssecretaris tot regelgeving voor fraude in de AWBZ zich tot de decentralisatie van de AWBZ naar gemeenten? Voor het bestrijden van fraude in de zorg bestaat al regelgeving. Met de aanpassing van de Regeling zorgverzekering en de totstandkoming van de Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ hebben de controlemogelijkheden door de zorgverzekeraar een wettelijke basis verkregen wat betreft het gericht inzien van gegevens die direct betrekking hebben op hetgeen gedecla-

reerd is. De onderzoekers geven aan dat bij de gegevensverstrekking de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit gelden. Stringent is aangegeven wat wel en niet mag. Gezien het bestaan van deze regelingen vragen de leden van de CDA-fractie welke extra regelgeving de Minister in het leven wil roepen om zorgfraude te bestrijden. Welke alternatieven zijn er behalve het doorbreken van het beroepsgeheim om fraude in de zorg doelmatiger te bestrijden? In de AWBZ is vooral de discussie gevoerd over het pgb. Daarvoor zijn allerlei maatregelen genomen zoals het trekkingsrecht en het zorgplan. Dat zijn voorstellen die de leden van de CDA-fractie van harte ondersteunen en die in de praktijk tot minder fraude moeten leiden. Maar die plannen worden in 2013 en 2014 ingevoerd. Waarom beziet de Minister niet eerst de uitwerking van deze plannen? Hoe staat het met de strafrechtelijke vervolging? Deze leden horen wel eens uit het veld dat als een zorgkantoor een vermoeden van fraude aangeeft het Openbaar Ministerie er zelden werk van maakt.

#### *Conclusie onderzoekers over wetgeving*

De onderzoekers stipuleren dat de bestaande wetgeving over doorbreking van het beroepsgeheim tot nu toe altijd in het teken heeft gestaan van het belang dat het beroepsgeheim bedoelt te dienen. Tot op heden heeft de wetgever dit belang, en daarmee dat van de gezondheid, laten prevaleren. De onderzoekers waarschuwen de wetgever, dat de voorgenomen wetgeving blijk geeft van een wezenlijk andere kijk op het belang van toegang tot de gezondheidszorg en breekt met het eigen verleden. Zij adviseren om te bezien of dat wat ermee beoogd wordt, niet kan worden bewerkstelligd met middelen die geen afbreuk doen aan het recht van vrije toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg voor eenieder. Hoe ziet de Minister dit?

#### **Vragen en opmerkingen van de D66-fractie**

##### *Algemeen*

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister, waarin zij reageert op het rapport van het onderzoek naar het medisch beroepsgeheim door het Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg. Deze leden stellen vast dat de Minister met een aantal voorstellen komt, naar aanleiding van dit rapport en naar aanleiding van gebeurtenissen als het schietincident in Alphen aan den Rijn en fraude met persoonsgebonden budgetten en uitkeringen op grond van de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering. Deze leden hebben verscheidene vragen en opmerkingen. Zij zetten vraagtekens bij de mate waarin de voorstellen van de Minister noodzakelijk dan wel proportioneel zijn. Zij wijzen hierbij op het inherente goed dat door het medisch beroepsgeheim wordt beschermd, waardoor eenieder toegang heeft tot gezondheidszorg. Vertrouwen tussen arts en patiënt is noodzakelijk om een lage drempel tot zorg en psychische hulp mogelijk te maken; een situatie waarin patiënten afzien van zorg, uit vrees dat hetgeen zij bespreken met hun arts openbaar zou kunnen worden gemaakt, is onwenselijk. Deze leden wijzen erop dat gezondheidszorg een grondrecht is, welke is vastgelegd in zowel nationaal als internationaal recht, waaronder artikel 20 van de Nederlandse Grondwet en artikel 25 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Zij wijzen bovendien op het recht op privacy, zoals neergelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp), en op het recht op eerbiediging van privéleven, zoals neergelegd in artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. De leden van de D66-fractie hechten veel waarde aan deze fundamentele rechten en vrijheden en vragen de Minister of een beperking van het medisch

beroepsgeheim noodzakelijk dan wel proportioneel is, gezien het belang en de rechten van de patiënt en gezien het breder maatschappelijk belang. Deze leden stellen vast dat de brief van de Minister niet op zichzelf staat, maar onderdeel is van een algemene trend waarin het beroepsgeheim langzaam wordt beperkt. Zij vragen de Minister of de veranderingen die zij voorstelt, met name in wetgeving omtrent fraudeopsporing, ook consequenties hebben voor het beroepsgeheim voor andere beroepsgroepen en binnen andere beleidsterreinen, zoals Veiligheid en Justitie. Zo ja, wil de Minister een analyse maken van deze consequenties?

#### *Voorkomen van geweldsdelicten*

Met betrekking tot het voorkomen van geweldsdelicten ziet de Minister een oplossing in enerzijds zelfregulering met behulp van handleidingen en richtlijnen, anderzijds in oefening door uitwisseling van ervaringen en meer aandacht in opleidingen voor omgang met het medisch beroepsgeheim. De leden van de D66-fractie vragen de Minister hoe deze oefening met het medisch beroepsgeheim er concreet uit zal zien. Op welke manier wil de Minister aandacht voor het medisch beroepsgeheim binnen het onderwijs bevorderen? Hoe wordt de inhoud van deze programma's bepaald? Wordt er getoetst of de inhoud van deze programma's aansluit bij de vraag van artsen in de praktijk? Zo ja, hoe en aan welke criteria wordt dit getoetst? Tevens stellen de leden van de D66-fractie vast dat een dergelijk ingrijpen in de opleiding van artsen niet kosteloos is. Hoe wil de Minister deze verandering in het onderwijsprogramma financieren?

Met betrekking tot zelfregulering door middel van handleidingen en richtlijnen hebben de leden van de D66-fractie een aantal vragen, met name omtrent het bereiken van het beoogde effect en het openbaren van slechts noodzakelijke informatie. Deze leden vragen de Minister of zij zal toetsen of zelfregulering het beoogde effect bereikt. Zo ja, aan welke criteria wil de Minister dit toetsen? Bovendien vragen zij of de Minister wil toetsen of de opgestelde handleidingen en richtlijnen voldoen aan het principe van proportionaliteit en noodzakelijkheid. Wanneer wordt het doorbreken van het medisch beroepsgeheim noodzakelijk geacht? Wil de Minister toetsen of de handleidingen en richtlijnen slechts het delen van noodzakelijke informatie mogelijk maken? Hoe wil de Minister dat toetsen?

Deze leden vragen de Minister verder of zij andere opties in overweging heeft genomen. Zo ja, welke andere opties heeft zij overwogen en hoe verhouden deze opties zich tot zelfregulering? Wil de Minister ook het publiek beter informeren over het medisch beroepsgeheim? Zo ja, op welke manier wil zij dit doen? Hoe wil de Minister dat financieren?

#### *Arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude*

Met betrekking tot het voorkomen van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude stelt de Minister een wijziging voor in de VWS-wetgeving. Deze aanpassing van wetgeving zou fraudebestrijding vergemakkelijken en duidelijkheid bieden aan verzekeringsartsen omtrent meld- en aangifteplicht. Het vergemakkelijken van fraude-opsporing moet de kosten van de zorg en de hoogte van zorgpremies drukken. Hierbij stelt de Minister: «toegankelijke zorg is immers ook betaalbare zorg». De leden van de D66-fractie onderschrijven het belang van betaalbare zorg, maar vragen de Minister of een wetswijziging en beperking van het medisch beroepsgeheim proportioneel en noodzakelijk zijn in verhouding tot het beoogde doel. Deze leden vragen de Minister wat de geschatte omvang is van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude. Kan de Minister specificeren

hoe deze wetswijziging eruit zal zien? In welke mate kan arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude worden teruggedrongen met de beoogde wetswijziging? Heeft de Minister ook andere opties overwogen om dit doel te bereiken?

De leden van de D66-fractie hebben ook vragen omtrent de uitwerking van de beoogde wetswijziging. Welke criteria zullen er worden gesteld rondom het breken van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van het opsporen van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude? Hoe zal worden getoetst of doorbreking van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van opsporing van fraude een valide overweging is geweest? Door wie zal worden getoetst of aan een doorbreking van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van het opsporen van fraude een valide en juiste redenering ten grondslag ligt? Op welke termijn beoogt de Minister een concreet voorstel voor wetswijziging naar de Kamer te sturen?

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat zowel de vrije toegang tot de zorg, alsook het recht op privacy en het medisch beroepsgeheim een groot goed zijn waarmee uiterst zorgvuldig moet worden omgegaan. Deze leden kijken uit naar de beantwoording van de Minister.

### **Vragen en opmerkingen van de ChristenUnie-fractie**

De leden van de ChristenUnie-fractie hebben met interesse het juridisch-wetenschappelijke rapport «Medisch beroepsgeheim in dubio» (oktober 2012) en de daarbij behorende brief van de Minister, waarin zij haar beleidsvoorstellen bekend maakt, gelezen. Deze leden vragen of er wel voldoende redenen zijn om het medisch beroepsgeheim aan te passen. Tijdens het algemeen overleg «Dwang en drang GGZ» op 1 maart 2012 is namens deze leden te kennen gegeven dat de wettelijke bepalingen omtrent het medisch beroepsgeheim niet gewijzigd hoeven te worden (Kamerstuk 25 424, nr. 165).

Na incidenten als Alphen aan den Rijn waarbij veel slachtoffers vallen, klinkt vaak de roep tot versoepeling van het medisch beroepsgeheim. In bepaalde gevallen mag van artsen juist worden verwacht dat zij het beroepsgeheim doorbreken. De KNMG vindt dat artsen zich vooral meer bewust moeten worden van de afwegingen die zij maken om het beroepsgeheim al dan niet te doorbreken. Hiervoor is dus geen wetswijziging nodig, maar is een handreiking toereikend. Waarom vindt de Minister de richtlijnen die onder andere in de «Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie» van de KNMG worden gegeven niet voldoende? Daarbij vinden deze leden de genoemde maatregelen – beschreven in het onderzoek «Medisch beroepsgeheim in dubio» – helder. Deze leden vragen of een wetswijziging nodig is. Wat vindt de Minister van de richting die door het veld wordt aangedragen: meer aandacht voor het beroepsgeheim tijdens de opleiding en bij nascholing, meer zelfregulering in de vorm van richtlijnen?

De leden van de Christen Unie-fractie benadrukken dat het mooi is dat beroepsorganisaties inmiddels diverse handreikingen hebben uitgebracht en dat zij de aanbeveling van de onderzoekers om in opleidingen meer aandacht te besteden aan het medisch beroepsgeheim onder de aandacht zullen brengen bij opleidingsinstellingen en beroepsorganisaties.

Over de plannen om de wetgeving omtrent het medisch beroepsgeheim aan te passen hebben de leden van de Christen Unie-fractie de volgende vragen.

GGZ Nederland stelt dat als er te vaak een beroep wordt gedaan op het verbreken van de zwijgplicht, het vertrouwen in de gezondheidszorg en het vertrouwelijke karakter van de behandeling onder druk komen te staan. In hoeverre denkt de Minister dat door middel van dit voorstel de behandelrelatie tussen behandelaar en patiënt wordt bemoeilijkt? Welke invloed heeft dit op de behandeling van de patiënt?

De leden van de Christen Unie-fractie lezen dat de Minister het onacceptabel acht dat fraude met betrekking tot de sociale zekerheid niet kan worden bestreden met de huidige wet- en regelgeving omtrent het medisch beroepsgeheim. Een kleine groep komt immers weg met fraude. Deze leden vragen wat meer in het belang van de samenleving is. Hoe wordt om antwoord te geven op deze vraag een juiste afweging gemaakt? Het vertrouwelijk karakter binnen een behandeling of het bestrijden van fraude? Zij vragen op dit punt een nadere toelichting.

Het tegengaan van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude is een ander punt waar in het onderzoeksrapport naar gekeken wordt. De Minister heeft aangegeven naar aanleiding van het rapport een wetswijziging voor te bereiden. Hoe zou deze wetswijziging eruit komen te zien? Kan de Minister aangeven in hoeverre hulpverleners een plicht kunnen hebben tot het melden van fraude? Er is immers geen gezondheids- of veiligheidsbelang. Een meldplicht voor fraudezaken gaat GGZ Nederland te ver, zoals ook een meldplicht te ver gaat bij (vermoedens van) kindermishandeling. In dit laatste geval is onlangs tot een verplichte meldcode besloten door de Kamer.

## II. REACTIE VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS

Ik dank de verschillende fracties voor hun vragen over mijn brief van 16 januari 2013 inzake het onderzoeksrapport «medisch beroepsgeheim in Dubio», van het Instituut beleid en management gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit (hierna: iBMG-rapport).

Het is een veelheid aan vragen die de leden van de verschillende fracties mij stellen. Het geheel overziend, stel ik vast dat de vragen van de verschillende fracties elkaar (deels) overlappen. Voor de overzichtelijkheid beantwoord ik de vragen, die in een aantal gevallen door meerdere fracties zijn gesteld, thematisch. De vragen zijn als volgt gegroepeerd:

- 1) Vertrouwensrelatie arts - patiënt
- 2) Wetswijzigingen
  - a. Afwijken van het advies van de onderzoekers en onduidelijkheid die de wetswijziging wil wegnemen
  - b. Striktere toegang tot de AWBZ
  - c. Tijdpad van de wetgeving
- 3) Verantwoordelijkheid met betrekking tot richtlijnen en handleidingen in relatie tot zelfregulering
- 4) Opleidings- en nascholingsmaterialen
- 5) Opsporing en vervolging
- 6) Onderzoek naar leemtes in de wetgeving, waaronder upcoding
- 7) Omvang fraude/ Rijksbreed afpakken (voorheen «pluk-ze»)
- 8) Overige vragen

Alvorens ik op uw vragen in ga, wil ik drie algemene opmerkingen maken.

### *1) Medisch beroepsgeheim groot goed*

Allereerst wil ik benadrukken dat ik met uw Kamer van mening ben dat het medisch beroepsgeheim een groot goed is. Het medisch beroepsgeheim is bedoeld om onbelemmerde toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg te waarborgen. Iedereen moet zich vrijelijk voor

gezondheidszorg tot hulpverleners kunnen wenden. Tegelijkertijd moeten we ons realiseren dat het medisch beroepsgeheim geen onveranderlijk en absoluut iets is. Het heeft zich in de loop der tijd altijd aangepast aan nieuwe omstandigheden.

Het medisch beroepsgeheim gaat uit van de integriteit van de zorgverleners. In de praktijk zijn echter aanwijzingen gevonden die suggereren dat niet in alle gevallen de integriteit van deze beroepsgroep boven iedere verdenking is verheven. Fraude ondermijnt het vertrouwen in de integriteit van de beroepsgroep, zeker als die fraude door leden van de beroepsgroep wordt gepleegd. Hierbij refereer ik onder andere aan de *Marque* fraudezaak. In dit lopende strafrechtelijke onderzoek, waarover al in de pers is geschreven, draait het om het vermoeden van valselijk opgemaakte medische verklaringen door een behandelend arts, die vervolgens vermoedelijk gebruikt zijn om hoge persoonsgebonden budgetten (pgb's) en Wet Werk en Inkomen naar arbeidsvermogen uitkeringen (WIA-uitkeringen) aan te vragen. In dit grote fraudeonderzoek speelt de problematiek van het medisch beroepsgeheim zowel bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) waar het gaat om zorgfraude als bij verzekeringsartsen waar het gaat om arbeidsongeschiktheidsfraude. Het beschikbaar krijgen van medische informatie in een strafrechtelijk onderzoek is een moeizaam en tijdrovend proces en werkt vertragend. Om de onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg te kunnen blijven waarborgen is het noodzakelijk om (ernstige) fraude met voor de zorg of sociale zekerheid bestemde middelen op een zo zorgvuldig mogelijke wijze tegen te gaan.

Om deze reden wil ik een doorbreking van het medische beroepsgeheim mogelijk maken bij specifieke situaties waarbij een ernstig vermoeden van fraude redelijkerwijs verondersteld kan worden. In de beantwoording van uw vragen ga ik hier nader op in.

## *2) Preventie*

Om grootschalige fraude aan te pakken heb ik in het plenaire debat van 23 mei 2013 opgemerkt dat de aanpak van zorgfraude begint bij preventie. Voorkomen moet worden dat er te gemakkelijk misbruik van het systeem kan worden gemaakt. Dat vergt allereerst fraudebestendige regelgeving. Daarom willen de Staatssecretaris en ik nieuwe wet- en regelgeving en majeure wijzigingen in de bekostigingssystemen vooraf op fraudegevoeligheden laten toetsen. Daarnaast is stevig toezicht en stevige handhaving van groot belang. Trajecten die ik tegelijkertijd bewandel. Het strafrecht speelt, zoals gezegd, vervolgens een belangrijke rol bij de fraudebestrijding. Het gaat dus om een goede wisselwerking tussen preventie, toezicht, handhaving, opsporing en vervolging. Die wisselwerking wordt onder andere zichtbaar in het convenant van de Taskforce Integriteit Zorgsector<sup>1</sup> waarin is afgesproken om de bestrijding van zorgfraude te intensiveren en in de manier waarop de convenantpartijen in gezamenlijkheid optreden tegen deze vorm van fraude. Daarnaast denk ik aan een soort getrappt systeem, waarbij eerst een melding gedaan wordt alvorens eventueel aangifte gedaan kan worden. Ik kom hier in hoofdstuk 2 nader op terug.

---

<sup>1</sup> Partners die deelnemen in de taskforce: VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie SZW (I-SZW), de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Openbaar Ministerie (OM) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Doel van deze taskforce is het verbeteren van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude.



### 3) *Stijgende zorgkosten*

Daarnaast merk ik op dat met de stijgende zorgkosten een steeds groter beroep op burgers wordt gedaan om een (financiële) bijdrage te leveren. Door fraude brokkelt het draagvlak in de samenleving af om bij te dragen aan de zorgkosten en de sociale zekerheid. Fraude brengt hiermee de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van zorg en de sociale zekerheid in gevaar, zo stellen ook de onderzoekers van het iBMG-rapport. Toegankelijke zorg is immers ook betaalbare zorg. Het is onacceptabel dat fraude ten koste van middelen die bestemd zijn voor sociale zekerheid of zorg, niet kan worden bestreden. Doorbreking van het beroepsgeheim ten behoeve van bestrijding van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude dient het algemene belang om een goede gezondheidszorg in stand te houden.

In onderstaande hoofdstukken zal ik thematisch uw vragen beantwoorden.

#### 1) Vertrouwensrelatie arts-patiënt

De leden van de fracties van de SP, D66 en de Christen Unie hebben mij – in verschillende bewoordingen – gevraagd hoe ik aankijk tegen de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en hoe dit belang voor de samenleving door mij wordt afgewogen ten opzichte van het belang frauduleus handelen te bestrijden.

De vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is heel belangrijk. Zoals gezegd is het medisch beroepsgeheim een groot goed en bedoeld om onbelemmerde toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg te waarborgen. Iedereen moet zich vrijelijk voor gezondheidszorg tot hulpverleners kunnen wenden. Mede hierom laat ik het medisch beroepsgeheim zoals zich dat nu gevormd heeft zo veel mogelijk in stand. Daar waar dit in de praktijk tot onduidelijkheden leidt, zal dit zo veel mogelijk kunnen worden verduidelijkt in richtlijnen en handreikingen, overigens zonder dat daarmee een inhoudelijke wijziging optreedt. Slechts voor de zeer specifieke situaties waarin de integriteit van een zorgaanbieder, zorgvrager of een zorgaanbieder en zorgvrager samen in het geding is en dit dus ten koste gaat van middelen die bestemd zijn voor het in stand houden van een goed en doelmatig zorg- en sociaal zekerheidsstelsel, stel ik een verduidelijking van de wetgeving voor. Het betreft dan situaties waarin de beroepsbeoefenaar zich uit eigen belang verschuilt achter het beroepsgeheim en waar het niet gaat om het beschermen van de aan de beroepsbeoefenaar toevertrouwde gegevens, maar om misbruik van het beroepsgeheim om fraude te verhullen. Juist in die gevallen is gebleken dat de bestaande wet- en regelgeving en de daarop gebaseerde jurisprudentie te kort schieten.

In onderstaand hoofdstuk ga ik nader in op de inhoud en omvang van de voor te stellen wetswijzigingen.

#### 2) Wetswijzigingen

##### ***a. Afwijken van het advies van de onderzoekers en onduidelijkheid die de wetswijziging wil wegnemen***

De leden van de fracties van de VVD, SP en het CDA hebben mij – in verschillende bewoordingen – gevraagd waarom ik wil afwijken van het advies van de onderzoekers in het iBMG-rapport dat zij wetswijziging niet nodig achten.



De onderzoekers van het iBMG-rapport concluderen dat in de afweging tussen het belang van vrije toegang tot de zorg dan wel de sociale zekerheid versus andere belangen, zoals fraudebestrijding en veiligheid, deze andere belangen even legitiem kunnen zijn. De onderzoekers zijn enerzijds van mening dat bestaande wetgeving voldoende mogelijkheid biedt tot doorbreking van het beroepsgeheim en wetswijziging niet nodig is. Invulling via beroepsnormen zou genoeg mogelijkheden bieden. Anderzijds stellen de onderzoekers dat er onduidelijkheid bestaat over de mogelijkheid om het beroepsgeheim te doorbreken bij vermoedens van fraude. Het dilemma wordt hiermee bij de beroepsgroep gelegd. Mijns inziens is het noodzakelijk helderheid te scheppen voor de beroepsgroep.

De problemen met het medisch beroepsgeheim zijn veelzijdig aldus de onderzoekers. Dat hangt enerzijds samen met onbegrip bij de beroepsbeoefenaars over de omgang met het beroepsgeheim en anderzijds bestaan er onduidelijkheden in de toepassing ervan.

De opstellers van het iBMG-rapport constateren onder meer dat de grenzen van informatiedeling over (medische) dossiers in het kader van opsporing zo onduidelijk zijn, dat bestrijding van dergelijke fraude door de politie en andere betrokken instanties bijna onmogelijk is (pagina 16 van het rapport). In de praktijk blijkt dat het niet helder is bij hulpverleners en ClZ, zorgverzekeraars, zorgkantoren, CAK of zij een afgeleide geheimhoudingsplicht en verschoningsrecht<sup>2</sup> hebben en of zij bij aangifte of op vordering van de rechter commissaris relevante gegevens mogen overleggen aan een opsporingsinstantie of aan het Openbaar Ministerie (OM). Juist om de onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg te kunnen blijven waarborgen (het algemene doel van het medisch beroepsgeheim) is het noodzakelijk om (ernstige) fraude met voor de zorg of sociale zekerheid bestemde middelen tegen te gaan, uiteraard op een zo zorgvuldige mogelijke wijze. Om deze reden wil ik de huidige wetgeving aanpassen.

De leden van de fracties van de VVD, PvdA, PVV, SP, CDA, D66 en de ChristenUnie hebben mij – in verschillende bewoordingen – gevraagd welke belemmeringen ik zie bij de bestrijding van fraude en welke onduidelijkheid ik precies wil wegnemen door middel van wetswijziging en hoe het wetsvoorstel er uit zal gaan zien.

Voor de beantwoording van deze vraag is voor de overzichtelijkheid een onderscheid gemaakt tussen zorgfraude en arbeidsongeschiktheidsfraude.

#### *Zorgfraude*

De strafrechtelijke aanpak van zorgfraude is slechts één onderdeel in de aanpak van zorgfraude. Wat ik met de beoogde wetswijzigingen wil bereiken, is duidelijkheid scheppen over de mogelijkheden om vermoedens van fraude te onderzoeken in gevallen waarin het medisch beroepsgeheim een rol speelt. Het gaat om het verduidelijken van de aangifteplicht en het doorbreken van het (afgeleid) medisch beroepsgeheim om (medische) gegevens uit te kunnen wisselen bij een ernstig vermoeden van fraude. Deze twee aspecten komen hieronder nader aan de orde, maar eerst volgt een toelichting op het getrapte systeem dat ik voor ogen heb.

---

<sup>2</sup> Een afgeleid beroepsgeheim/verschoningsrecht is het recht dat toekomt aan hen die in dienst zijn van de geheimhouder/verschoningsgerechtigde, voor hem anderszins werkzaamheden verrichten, en uit hoofde van hun functie informatie verkrijgen die onder het beroepsgeheim/verschoningsrecht valt. Iemand met een afgeleid beroepsgeheim/verschoningsrecht kan zich beroepen op het beroepsgeheim/verschoningsrecht van zijn werk- of opdrachtgever.

Samenwerking tussen toezicht, handhaving en opsporing is onontbeerlijk. Ik denk daarbij aan een getrappt systeem, waarbij eerst een melding gedaan wordt alvorens eventuele aangifte aan de orde komt. Sinds 1 februari 2013 is er bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) een landelijk verzamelpunt voor meldingen van fraude waar zorgaanbieders bij betrokken zijn van start gegaan. Aangesloten opsporingsdiensten en toezichthouders kunnen signalen die mogelijk wijzen op onregelmatigheden sindsdien melden bij dit verzamelpunt<sup>3</sup>. Het verzamelpunt zorgt er vervolgens zo nodig voor dat het signaal bij de juiste instantie terecht komt voor nader onderzoek (distributiefunctie). Deelnemers zijn: de Fiscale opsporings- en inlichtingendienst (FIOD), de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), de Inspectie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I-SZW), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NZa. Ik ga verkennen of ook het CIZ en het CAK (zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn al deelnemer) zich bij het landelijk verzamelpunt kunnen aansluiten en dus ook de bevoegdheid krijgen om signalen die mogelijk duiden op fraude bij de NZa te melden. Verkend gaat worden op welke manier de wederzijdse gegevensuitwisseling tussen NZa, CIZ en CAK geborgd kan worden.

Met dit systeem maakt de NZa mogelijk dat de signalen op de juiste plek terecht komen en daar opgepakt kunnen worden. Signalen van onregelmatigheden worden dan vroegtijdig zichtbaar. Hierdoor ontstaat een overzicht van fraudemeldingen, waarmee patronen kunnen worden ontdekt en verbanden worden gelegd. Bovendien is op deze manier altijd eerst sprake van meldingen van signalen alvorens eventueel aangifte gedaan wordt.

Alle aangesloten organisaties bekijken en beoordelen de naar hun doorgezette signalen. Indien de NZa constateert dat er, bij de signalen die bij hen liggen, sprake is van ernstige fraudesignalen, dan worden deze besproken in het zogenaamde tripartite-overleg met daarin het Functioneel Parket, de FIOD en de NZa. In dit overleg wordt besloten welke zaken door de NZa bestuursrechtelijk zullen worden afgedaan (bijvoorbeeld door middel van een bestuurlijke boete) en welke signalen onder gezag van het Functioneel Parket door de FIOD in strafrechtelijk onderzoek zullen worden genomen. De FIOD neemt vervolgens contact op met de meldende organisatie om een aangifte op te nemen.

Met bovenstaand antwoord is ook de aanvullende vraag van de leden van de fracties van de PVV en de ChristenUnie of het hier gaat om een meldplicht of meldbevoegdheid beantwoord.

Het gaat in eerste instantie om een meldbevoegdheid voor de deelnemers aan het verzamelpunt om signalen van mogelijke onregelmatigheden daar te melden. Daarnaast stel ik een verduidelijking van de aangifteplicht op grond van artikel 162 Wetboek van Strafvordering voor bij een ernstig vermoeden van fraude. Het gaat hierbij om situaties waarin instanties kennis krijgen van misdrijven<sup>4</sup> waarbij inbreuk wordt gemaakt op of sprake is van onrechtmatig gebruik van regelingen waarvan de uitvoering of de zorg voor de naleving aan hen is opgedragen. Indien uit nader onderzoek van de signalen die gemeld zijn bij het verzamelpunt blijkt dat er sprake is van een ernstig vermoeden van fraude, heeft de betreffende organisatie vervolgens de plicht om hiervan aangifte te doen. Het CIZ, het

<sup>3</sup> Daarnaast kan een ieder bij de NZa mogelijke overtredingen van zorgverzekeraars, zorgkantoren of zorgaanbieders op de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en Zorgverzekeringswet (Zvw), melden via een algemeen meldpunt.

<sup>4</sup> Te denken valt met name aan valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering.

CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren zullen hiertoe expliciet worden opgenomen in het Besluit ex artikel 162 Wetboek van Strafvordering. Hiermee wordt de onduidelijkheid over het al dan niet hebben van een aangifteplicht voor deze instanties weggenomen.

Vervolgens is het onduidelijk of (de medewerkers van) het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren hun afgeleid medisch beroepsgeheim<sup>5</sup> mogen doorbreken indien zij aangifte doen van fraude. Het hebben van een aangifteplicht biedt genoemde instanties nog niet de mogelijkheid om bij een ernstig vermoeden van fraude (medische) gegevens – die zij hebben ontvangen van zorgaanbieders in het kader van de uitvoering van hun taak – aan het Openbaar Ministerie (OM) te verstrekken. Deze belemmering wil ik wegnemen door een specifieke bevoegdheid te creëren voor het CIZ, het CAK, de zorgverzekeraars en de zorgkantoren om bij aangifte van fraude de noodzakelijke gegevens te verstrekken aan het OM. Hiermee wordt duidelijk gesteld dat het medisch beroepsgeheim doorbroken mag worden onder specifieke omstandigheden. Vanzelfsprekend zal de doorbreking van het medisch beroepsgeheim bij een ernstig vermoeden van fraude zorgvuldig worden ingekleed door middel van een kader. Hierbij denk ik aan een kader zoals we dat voor zorgverzekeraars en zorgkantoren in de regelgeving hebben vastgelegd. In de laatste vraag in dit onderdeel van de D66-fractie ga ik daar nader op in.

#### *Fraude met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen*

Binnen de sociale zekerheid geldt dat cliënten alle inlichtingen moeten verstrekken die van invloed zijn op het recht, de duur en de hoogte van de uitkering. Het niet nakomen van deze verplichting leidt tot sancties. Het komt echter voor dat cliënten bewust valse gegevens aan de verzekeringsarts verstrekken of gegevens achterhouden met het oogmerk een (hogere) uitkering te krijgen. Bij vermoedens van fraude zal een signalering/melding vanuit de betrokken verzekeringsarts naar de opsporingsambtenaar van het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) moeten plaatsvinden, die dan vervolgens een onderzoek kan starten. De problematiek is in twee los van elkaar staande zaken aangesneden, enerzijds bij het Centraal tuchtcollege voor de gezondheidszorg (CTG) en anderzijds bij de Raadkamer van de rechtbank Rotterdam. Het CTG kwam in zijn uitspraak van 11 mei 2010 (C2009/051) tot de conclusie dat «de wet geen uitsluitel geeft over de ruimte voor de verzekeringsarts gegevens over een cliënt te verstrekken aan de eigen opsporingsambtenaar van het UWV ten behoeve van intern onderzoek naar mogelijke fraude». Het CTG heeft het UWV gevraagd dit in een richtlijn duidelijk te maken.

De Raadkamer van de rechtbank te Rotterdam heeft uitsluitend door de zeer uitzonderlijke omstandigheden van de Marque-zaak, een uitzondering op het medisch beroepsgeheim aangenomen voor slechts een zevental geïdentificeerde medische dossiers.

De Minister van SZW is van mening dat UWV-verzekeringsartsen op grond van de huidige wetgeving en jurisprudentie een vermoeden van fraude niet intern kunnen melden zonder het risico te lopen tuchtrechtelijk te worden aangesproken. De Minister van SZW acht het wenselijk dat op wetsniveau duidelijkheid wordt geboden over het medisch beroepsgeheim in relatie tot fraude.

De verduidelijking van de regels is bedoeld voor die gevallen waarin de cliënt tegenover de verzekeringsarts tijdens het spreekuur opzettelijk een andere voorstelling van zaken geeft met betrekking tot zijn gezondheids-

<sup>5</sup> Artikel 87, vijfde lid van de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor zorgverzekeraars respectievelijk artikel 53, vijfde lid van de AWBZ voor zorgkantoren en artikel 2:5 van de Algemene wet bestuursrecht voor het CIZ en het CAK.

toestand, waardoor betrokkene een (hogere) uitkering ontvangt dan waarop hij recht zou hebben. In deze gevallen is de verzekeringsarts de enige die de fraude kan ontdekken en de informatie kan aanleveren die noodzakelijk is voor de opsporingsambtenaar van het UWV. Heldere wetgeving is de basis om daarvoor ruimte te scheppen, zodat in de richtlijnen van UWV nader vastgesteld kan worden hoe de arts met die ruimte kan omgaan gelet op het medisch beroepsgeheim en fraude. De ruimte in de wetgeving moet er toe leiden dat op basis van door de verzekeringsarts aan de eigen opsporingsambtenaar verstrekte informatie, de opsporingsambtenaar aangifte kan doen van een ernstig vermoeden van fraude, onder afgifte van alleen onder hem rustende, op de zaak betrekking hebbende stukken.

Wat betreft de arbeidsongeschiktheidsfraude geldt het volgende. De beoogde wetswijziging zal het mogelijk maken dat verzekeringsartsen bij een vermoeden van fraude een interne melding kunnen doen bij de opsporingsambtenaar van het UWV. Verzekeringsartsen zijn momenteel terughoudend met het ondernemen van actie bij een vermoeden van fraude, omdat een wettelijke grondslag voor een interne melding volgens de tuchtrechter ontbreekt. De beoogde wetswijziging zal het verder mogelijk maken dat de opsporingsambtenaar de fraudemelding van de verzekeringsarts onderzoekt en zorgt (indien nodig) voor een externe melding. De wetswijziging zal de opsporing en bestrijding van fraude vergemakkelijken en bevorderen.

De leden van de CDA-fractie vragen verder een nadere reactie op het standpunt over bescherming van het medisch beroepsgeheim van de patiënt bij fraude in relatie tot datgene wat daarover door de onderzoekers is gezegd, namelijk dat een wettelijke spreekplicht voor UWV-verzekeringsartsen het grotere kwaad is (p. 69).

Een wettelijke spreekplicht zou tot gevolg kunnen hebben dat verzekeringsartsen een verplichte uitzonderingspositie krijgen in de keten behandelaar/bedrijfsarts/verzekeringsarts. Dit zou de positie van de verzekeringsarts bij het communiceren en het uitwisselen van medische gegevens met deze collega's in de keten kunnen bemoeilijken. De Minister van SZW is wel van mening dat verzekeringsartsen de mogelijkheid moeten hebben tot het melden van fraude zonder dat zij hierdoor het risico lopen tuchtrechterlijk te worden vervolgd. Om die reden is gekozen voor een meldingsbevoegdheid.

Het invoeren van een wettelijke spreekplicht voor UWV-verzekeringsartsen is dus niet aan de orde. Het gaat er om de meldingsbevoegdheid van deze artsen zodanig vast te stellen dat over deze bevoegdheid geen twijfel meer bestaat. In de uitvoeringspraktijk van verzekeringsartsen kunnen zich namelijk situaties voordoen die aanleiding geven tot een onderzoek naar mogelijke fraude. Om zo'n onderzoek te kunnen starten zal een signalering/melding vanuit de betrokken verzekeringsarts naar de opsporingsambtenaar van het UWV moeten plaatsvinden.

De leden van de fracties van PVV en D66 vragen in welke mate arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude kan worden teruggedrongen met de beoogde wetswijziging.

In welke mate fraude hiermee kan worden teruggedrongen is lastig te duiden. Wat betreft de fraude in de zorg kan het creëren van het verzamelpunt voor signalen van onregelmatigheden bij de NZa ervoor zorgen dat mogelijke fraude eerder zichtbaar wordt, waardoor sneller de nodige maatregelen genomen kunnen worden. Zoals gezegd ga ik een meldbevoegdheid voor het CIZ en het CAK verkennen. Met een verduidelijking

van de aangifteplicht en doorbreking van het afgeleid medisch beroepsgeheim door het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren bij een ernstig vermoeden van fraude kan eveneens bereikt worden dat fraude eerder gesignaleerd wordt, nader onderzoek vollediger uitgevoerd wordt en daarmee de omvang van de fraude beperkt(er) blijft.

De leden van de CDA-fractie hebben nog specifiek gevraagd welke extra regelgeving nodig is naast de bestaande controlemogelijkheden die verzekeraars en zorgkantoren al hebben.

De bestaande regelingen<sup>6</sup> bieden de noodzakelijke juridische grondslag voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren om formele en materiële controle, en fraudeonderzoek te mogen uitvoeren voor in de regeling opgenomen doeleinden. Daarnaast verplichten deze regelingen de zorgaanbieders het beroepsgeheim te doorbreken teneinde medische gegevens aan de verzekeraar te verstrekken in het kader van materiële controle en fraudeonderzoek.

De verduidelijking die ik voor zorgverzekeraars en zorgkantoren aanvullend in de regelgeving wil opnemen betreft allereerst de hiervoor reeds genoemde verduidelijking van de aangifteplicht op grond van artikel 162 Sv. Dit geeft zorgverzekeraars en zorgkantoren duidelijkheid dat ze bij de constatering van een ernstig vermoeden van fraude (bijvoorbeeld valsheid in geschrifte, bedrog, oplichting) aangifte moeten doen bij het OM. Daarnaast is ook hier onduidelijk wat de wettelijke basis is voor het verstrekken aan het OM van de onderliggende (medische) gegevens, waar het ernstig vermoeden van fraude uit blijkt. Deze onduidelijkheid wil ik, zoals hiervoor reeds opgemerkt, wegnemen door een specifieke bevoegdheid te creëren voor zorgverzekeraars en zorgkantoren om bij een aangifte van fraude de onderliggende (medische) gegevens te verstrekken.

De leden van de CDA-fractie vragen welke alternatieven er zijn behalve het doorbreken van het beroepsgeheim om fraude in de zorg doelmatiger te bestrijden.

Graag benadruk ik hier nogmaals dat mijn voornemen het beroepsgeheim bij een ernstig vermoeden van fraude te doorbreken, niet de enige maatregel is die ik zal nemen in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude.

Recent<sup>7</sup> heb ik uw Kamer een integraal plan van aanpak gestuurd met de lopende activiteiten en mijn voornemens. In mijn brief van 15 mei<sup>8</sup> heb ik tevens uiteengezet wat er reeds in gang gezet is. Korthedshalve verwijs ik u dienaangaande naar deze beide stukken.

Daarnaast vragen de leden van de CDA-fractie een reactie op de uitspraak van de onderzoekers dat een dergelijke inbreuk op de geheimhoudingsplicht door een wijziging van wet- en regelgeving een vreemde eend in de bijt zou zijn, omdat vrijwel alle bestaande wettelijke inbreuken gerechtvaardigd zijn door het belang dat het medisch beroepsgeheim bedoelt te dienen, namelijk het waarborgen van de onbelemmerde toegang tot de gezondheidszorg (p. 68 van het iBMG-rapport).

<sup>6</sup> Hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering (voor zorgverzekeraars) en de Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ (voor zorgkantoren).

<sup>7</sup> Brief met bijlagen aan de Tweede Kamer d.d. 16 september 2013, Kamerstuk 28 828, nr. 50.

<sup>8</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 3.

Hoewel in mijn beleving dus *juist* het volksgezondheidsbelang voorop staat bij de voorgestelde aanpassing, ben ik het niet met de onderzoekers eens dat elke doorbreking die een ander (primair) belang heeft automatisch «een vreemde eend in de bijt» is. De onderzoekers noemen zelf ook al een aantal uitzonderingen, waar ik nog aan toe zou willen voegen de wettelijke doorbreking van het medisch beroepsgeheim in artikel 51 van de Algemene wet inzake rijksbelastingen. De doorbreking voor fiscale doeleinden kan niet worden gerechtvaardigd vanuit het volksgezondheidsbelang in het algemeen, dan wel het belang van vrije toegang tot de gezondheidszorg in het bijzonder. Bij de belastingwetgeving staat immers het innen van de verschuldigde belasting, het financiële belang dus, centraal en hier is dus sprake van doorbreking van het medisch beroepsgeheim in het kader van overheidsfinanciën.

De fractieleden van D66 stellen vast dat de brief van de Minister niet op zichzelf staat, maar onderdeel is van een algemene trend waarin het beroepsgeheim langzaam wordt beperkt. Zij vragen mij of de veranderingen die ik voorstel, met name in wetgeving omtrent fraude-opsporing, ook consequenties hebben voor het beroepsgeheim van andere beroepsgroepen en binnen andere beleidsterreinen, zoals VenJ. Zo ja, of ik een analyse wil maken van deze consequenties.

Ik onderschrijf het belang dat wordt gehecht aan het beroepsgeheim. Het beroepsgeheim is een groot goed dat slechts in uitzonderlijke gevallen doorbroken moet kunnen worden. Dit vereist een zwaarwegende afweging tussen enerzijds het belang van de persoonlijke levenssfeer en anderzijds het belang dat gediend zou zijn met de doorbreking van het beroepsgeheim.

De veranderingen die ik voorstel wat betreft de mogelijkheid om het medisch beroepsgeheim te doorbreken beperken zich tot de specifieke situaties van een ernstig vermoeden van arbeidsongeschiktheidsfraude en zorgfraude. Centraal staat het behoud van het medisch beroepsgeheim waarbij indien noodzakelijk gebruik moet worden gemaakt van de doorbrekingsgronden. Met de beantwoording van deze vragen heb ik blijk gegeven van een zorgvuldige afweging in het belang van een goede gezondheidszorg.

De leden van de D66-fractie vragen voorts welke criteria er zullen worden gesteld rondom het doorbreken van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van het opsporen van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude en hoe en door wie zal worden getoetst of doorbreking van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van opsporing van fraude een valide overweging is geweest.

Wat betreft het doorbreken van het medisch beroepsgeheim bij een ernstig vermoeden van zorgfraude zal dit zorgvuldig moeten worden ingekleed. Ik denk hierbij aan een kader zoals we dat reeds voor zorgverzekeraars (hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering) en zorgkantoren (Regeling persoonsgegevens zorgverzekeraars AWBZ) in de regelgeving hebben vastgelegd. De zorgverzekeraar en het zorgkantoor moeten zich bij controle op de zorgaanbieder houden aan in deze regelingen gestelde eisen. Voldoet de zorgverzekeraar hieraan dan is de zorgaanbieder gehouden medewerking te verlenen aan de controle. Inzage in het medisch dossier van een individuele verzekerde (een zware vorm van detailcontrole) is alleen in uiterste instantie mogelijk, namelijk pas als methoden die de privacy veel minder belasten niet toereikend zijn. De tuchtrechter kan wanneer een klacht wordt ingediend toetsen of de beroepsbeoefenaar een gerechtvaardigde inbreuk op het medisch beroepsgeheim heeft gemaakt. Degene op wie het medisch beroepsgeheim betrekking heeft kan aangifte doen bij schending van het medisch beroepsgeheim. Een belanghebbende die schade heeft geleden als gevolg



van de doorbreking kan het oordeel van de civiele rechter vragen. De rechter zal in de voorgaande situaties toetsen aan de hand van de geldende wet- en regelgeving en bestaande jurisprudentie.

Wat betreft de arbeidsongeschiktheidsfraude geldt eveneens dat er een ernstig vermoeden van fraude moet zijn. Op basis van een wijziging van de Wet Structuur Uitvoering Werk en Inkomen (SUWI) zullen in richtlijnen van UWV criteria worden gesteld met betrekking tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim ten behoeve van het opsporen en aanpakken van fraude.

### ***b. Striktere toegang tot de AWBZ***

Zoals gezegd wil ik naast de verduidelijking in de wetgeving over de mogelijkheid om het (afgeleid) medisch beroepsgeheim bij een ernstig vermoeden van fraude te doorbreken, ook de toegang tot de langdurige zorg strikter vormgeven. Dit om te voorkomen dat er te gemakkelijk misbruik van het systeem kan worden gemaakt.

De toegang tot verzekerde zorg onder de huidige AWBZ wordt bewaakt door het CIZ. Om in aanmerking te kunnen komen voor zorg verleend en bekostigd op basis van de AWBZ beoordeelt het CIZ de zorgbehoefte van verzekerden die zich daarvoor melden. Pas nadat het CIZ een indicatiebesluit heeft afgegeven waarin is neergelegd op welke zorg een verzekerde is aangewezen, bestaat daarop aanspraak. Sinds de oprichting van het CIZ in 2005 heeft het CIZ alle indicatieaanvragen zelf behandeld. Zoals de Staatssecretaris in zijn brief van 15 mei 2013<sup>9</sup> uiteen heeft gezet, hebben zijn ambtsvoorgangers op uitdrukkelijk verzoek van uw Kamer stappen gezet om meer vertrouwen te hebben, niet alleen in cliënten maar ook in zorgaanbieders en professionals in de zorg als het gaat om het bepalen van iemands zorgbehoefte. Dusdoende zouden de administratieve lasten verminderen en de doorlooptijden van indicatieaanvragen verbeteren. Dit heeft geleid tot een aantal nieuwe procedures waarin een aanmerkelijke rol is weggelegd voor zorgaanbieders<sup>10</sup>. Deze procedures, die slechts door daartoe door het CIZ geschikt geachte aanbieders kunnen worden toegepast, bestaan uit – met gebruikmaking van de digitale AanmeldFunctionaliteit – Standaard Indicatieprotocollen (SIP) en Herindicaties onder Taakmandaat (HIT). In beide gevallen adviseren de zorgaanbieders zelf met gebruikmaking van de formulieren, de processen en de wettelijke kaders zoals die ook door het CIZ worden gebruikt. Het CIZ neemt de uiteindelijke indicatiebesluiten in formele zin. De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij de zorgaanbieders, bij het CIZ ligt de juridische verantwoordelijkheid en bij het CIZ kan de verzekerde bezwaar maken tegen het besluit. Sinds oktober 2011 is daarnaast een pilot gestart met de zogenaamde melding 80+. Cliënten van ten minste 80 jaar kunnen door zorgaanbieders zelf worden geïndiceerd voor een voor hen passend zorgzwaartepakket. Het idee hierachter is dat zorgaanbieders en zorgprofessionals deze mensen vaak al langer kennen en heel goed kunnen inschatten welk zorgzwaartepakket zij nodig hebben, als onderdeel van een lange zorgervaring van de cliënt. Om die reden is er met het oog op het terugdringen van onnodige bureaucratie voor gekozen het vertrouwen op dat professioneel inzicht om te zetten in een handzaam instrument, de melding 80+.

Het verminderen van administratieve lasten, het versneld wegwerken van de grote hoeveelheden aanvragen, het bieden van ruimte en vertrouwen aan de professional en het hanteren van een lage toetredingsdrempel voor nieuwe zorgaanbieders heeft veel voordelen, maar er zijn ook risico's aan verbonden. Risico's op onjuist gebruik, onbewust, onopzettelijk, maar

<sup>9</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 3.

<sup>10</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 116.



helaas ook bewust en met opzet. Niet alleen door zorgaanbieders, maar ook door bemiddelingsbureaus en niet sporadisch mede door verzekerden die met elkaar samenspannen om geldelijk gewin te behalen uit de AWBZ.

Om deze risico's weg te nemen, dan wel te verkleinen acht ik het van belang dat het CIZ afdoende kan controleren of de indicatieaanvraag terecht is en of de verstrekte informatie waarheidsgetrouw is. Hierdoor kan aan het begin van de zorgketen fraude worden voorkomen, dan wel de kans hierop worden verkleind. Daarnaast is het van belang dat het CIZ voldoende bevoegdheden krijgt om, indien er na het afgeven van het indicatiebesluit bij het CIZ gegronde redenen zijn om aan te nemen dat een indicatie op onjuiste gronden is afgegeven, ook daadwerkelijk hiertegen op te kunnen treden. Versterking van de bevoegdheden van het CIZ op deze beide punten (vóór de indicatiestelling en daarna) zijn noodzakelijk om de zorg ten goede te laten komen van die mensen die volgens de wet recht hebben op zorg. Juist ook met het oog op de totstandkoming van de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de realisatie van een nieuwe wet voor de langdurige zorg en het tegengaan van afwenteling van Wmo op de langdurige zorg is het van belang dat het indicatie-instrument stevig wordt vormgegeven.

Hierbij staat mij voor de korte termijn het volgende voor ogen:

Ik wil het CIZ meer bevoegdheden geven, indien na het afgeven van het indicatiebesluit bij het CIZ gerede twijfel rijst over de juistheid van het afgegeven besluit om reden van kennis (bijvoorbeeld fraudemelding) of omdat er een sterk vermoeden is dat het besluit (mede) is genomen op basis van onjuiste informatie.

Het CIZ heeft op basis van de huidige regelgeving alleen tot taak de zorgbehoefte van verzekerden vast te stellen en dusdoende te bepalen of aanspraak bestaat op zorg volgens de AWBZ. Het CIZ beschikt over veel gegevens op basis waarvan ook na de afgifte van een indicatiebesluit twijfel kan rijzen over de juistheid van dat besluit. Daarnaast komen van verschillende bronnen fraudemeldingen binnen bij het CIZ. Op dit moment kan het CIZ weinig met die informatie. Ik ben voornemens om het Zorgindicatiebesluit te wijzigen en het CIZ bevoegdheid te verlenen om bij een vermoeden van een onjuist afgegeven indicatie of bij een ernstig vermoeden van fraude hier onderzoek naar te verrichten. Bijvoorbeeld door nader medisch onderzoek te doen en vaker ambtshalve te herindiceren.

Voor de middellange termijn valt de gewenste fraudebestendigheid samen met mijn voornemens op het vlak van de hervorming van de langdurige zorg:

#### b.1. Andere manier van toegangbepaling tot de langdurige zorg

In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013<sup>11</sup> is aangegeven dat er wijzigingen zullen worden aangebracht in de wijze waarop voor verzekerden de toegang tot de langdurige zorg wordt bepaald. De enige die straks bepaalt of een verzekerde aanspraak kan maken op langdurige zorg is het CIZ. Dat betekent dat zorgaanbieders niet langer met gebruikmaking van standaard indicatieprotocollen, herindicaties onder taakmandaat of meldingen 80+ cliënten kunnen aanmelden bij het CIZ. Uitgangspunt wordt dat tussen indicatiesteller en verzekerde persoonlijk contact plaatsvindt.

<sup>11</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 296.

## b.2. Onherroepelijke toestemming verzekerde en doorbreking medisch beroepsgeheim in de wetgeving hervorming langdurige zorg

In artikel 7 van het Zorgindicatiebesluit is bepaald dat het CIZ zoveel mogelijk gebruik maakt van gegevens die bij de aanvraag zijn gevoegd of tijdens het onderzoek ter beschikking worden gesteld (eerste lid). Als daartoe noodzaak bestaat, raadpleegt (de arts van) het CIZ de behandelende artsen of andere beroepsbeoefenaren van de zorgvrager (tweede lid). Het derde lid bepaalt dat dat alleen met toestemming van de aanvrager gebeurt. In deze laatste bepaling ligt een deel van het probleem. Is die toestemming er niet dan kan het CIZ dus niet de behandelende artsen of andere beroepsbeoefenaren raadplegen. Ik ben voornemens dat artikel zodanig te wijzigen dat zonder toestemming van de zorgvrager om beroepsbeoefenaren te consulteren de aanvraag überhaupt niet in behandeling wordt genomen. Tevens beoog ik te regelen dat de toestemming die de cliënt verplicht is te geven aan het CIZ om gegevens te mogen opvragen bij zijn behandelende beroepsbeoefenaren onherroepelijk is. Dit betekent dat het CIZ geen nieuwe toestemming van een zorgvrager/cliënt meer nodig heeft als het CIZ alsnog gegevens bij de behandelende beroepsbeoefenaren wil opvragen, nadat een indicatiebesluit is afgegeven.

Daarnaast is het zo dat de zorgverlener die een medisch beroepsgeheim heeft, beslist of hij het beroepsgeheim doorbreekt. Toestemming van de patiënt vormt weliswaar een rechtvaardigingsgrond voor doorbreking van het beroepsgeheim, maar levert geen plicht tot doorbreking op. Bij de afweging om het beroepsgeheim te doorbreken neemt de zorgverlener immers niet alleen het individuele belang van de betrokken patiënt in ogenschouw, maar ook het algemene belang van vrije toegang tot zorg voor iedereen. In de praktijk kan het dus voorkomen dat een zorgverlener, wiens patiënt aan het CIZ toestemming heeft gegeven voor het opvragen van de medische gegevens, deze gegevens desondanks weigert te geven vanuit het oogpunt van vrije toegang tot zorg. Wat betreft het verstrekken van gegevens aan het CIZ ga ik in de wet- en regelgeving de ruimte wegnemen die de zorgverlener heeft om ondanks toestemming van de patiënt een afweging te maken of hij het beroepsgeheim doorbreekt. Daardoor kan de zorgverlener niet meer weigeren om medische gegevens van de patiënt te verstrekken aan het CIZ indien de patiënt toestemming heeft gegeven voor de verstrekking en er sprake is van een ernstig vermoeden van fraude.

### ***c. Tijdpad van de wetgeving***

De leden van de fracties van de VVD, PVV en D66 hebben mij gevraagd wat het verwachte tijdpad is voor de wijzigingen.

Op korte termijn ga ik door een aanpassing van het Zorgindicatiebesluit realiseren dat het CIZ de bevoegdheid krijgt om bij een vermoeden van een onjuist afgegeven indicatie of bij een ernstig vermoeden van fraude hier onderzoek naar te verrichten. Bijvoorbeeld door nader medisch onderzoek te doen en vaker ambtshalve te herindiceren.

In de wetgeving hervorming langdurige zorg wordt naast de nieuwe wijze van toegangsbepaling tot de langdurige zorg, de onherroepelijke toestemming van de verzekerde en de plicht voor de zorgaanbieder om gegevens te leveren aan het CIZ gerealiseerd. Beoogde inwerkingtreding is 1 januari 2015.

De verduidelijking van de aangifteplicht op grond van artikel 162, vierde lid, Wetboek van Strafvordering die door mijn ambtgenoot van VenJ in

gang wordt gezet, zal naar verwachting in het voorjaar 2014 gereed kunnen zijn.

Het tijdpad van het wetgevingsproces met betrekking tot de doorbreking van het (afgeleid) medisch beroepsgeheim van het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren en het invoeren van een meldbevoegdheid voor verzekeringsartsen aan de opsporingsambtenaar van het UWV kan ik nog niet concreet duiden. Gezien de complexiteit omtrent het medisch beroepsgeheim verwacht ik niet eerder dan voorjaar 2014 met een wetsvoorstel in uw Kamer te zullen komen. Ik wil hierin gezamenlijk optrekken met de Minister van SZW voor een wijziging van de Wet SUWI ten behoeve van een meldbevoegdheid voor verzekeringsartsen.

### 3) Verantwoordelijkheid met betrekking tot richtlijnen en handleidingen in relatie tot zelfregulering

De leden van de VVD-fractie vragen mij of er afstemming of overleg is tussen de verschillende (branche)organisaties over de handreikingen.

Van de bedoelde organisaties heb ik begrepen dat er – bij het opstellen van richtlijnen en andere vormen van zelfregulering in het algemeen en met betrekking tot de richtlijnen rond het medisch beroepsgeheim in het bijzonder – inderdaad sprake is van nauw overleg tussen de verschillende organisaties. Ik kan niet beoordelen of in dat overleg een optimum is bereikt waarbij sprake is van het optimaal delen van kennis en ervaringen. Wel is mijn stellige indruk dat de verschillende organisaties het onderwerp medisch beroepsgeheim serieus oppakken. De verschillende brancheorganisaties is er veel aan gelegen enerzijds het beroepsgeheim te beschermen en anderzijds onjuist gebruik en misbruik te voorkomen, omdat dergelijk onjuist gebruik de hele beroepsgroep in diskrediet brengt. U weet dat ik groot voorstander ben van dergelijk «zelfreinigend vermogen» van de beroepsgroepen. In dat kader past het ook de beroepsgroepen vrijheid te geven hun eigen handreikingen te ontwerpen. Ik moedig daarbij aan dat men van elkaar leert en niet «twee keer het wiel moet uitvinden», maar verwacht dat juist ook de verschillen tussen de beroepen tot afwijkingen in de handreikingen kunnen en moeten leiden. De dagelijkse praktijk van een psychiater is immers een heel andere dan die van een arts op de eerste hulp van een ziekenhuis, ook met betrekking tot vraagstukken rond het beroepsgeheim.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom ik bij het medisch beroepsgeheim niet kies voor zelfregulering en of ik geen andere mogelijkheid zie om zelfregulering te stimuleren dan door middel van wetswijziging.

Primair kies ik ten aanzien van het beroepsgeheim voor zelfregulering. Dat blijkt uit het feit dat ik het maken van richtlijnen en handreikingen over laat aan de beroepsorganisaties en de beroepsbeoefenaren. Ik wil alleen wettelijk ingrijpen op het punt waar zelfregulering gefaald heeft en de bestaande regels onvoldoende duidelijk zijn. Ik verwijs voor een verdere toelichting graag naar hoofdstuk 2 van deze brief.

De leden van de fractie van D66 geven in een aantal vragen blijk van terughoudendheid met betrekking tot mijn voorstellen. De achtergrond bij deze terughoudendheid lijkt te zijn dat deze leden vrezen voor een te brede doorbreking van het beroepsgeheim. Zij vragen daarom of ik wil toetsen of met zelfregulering het beoogde effect wordt bereikt, welke criteria ik daarvoor hanteer, of ik wil toetsen of de opgestelde handleidingen en richtlijnen voldoen aan het principe van proportionaliteit en noodzakelijkheid en wanneer doorbreking van het beroepsgeheim noodzakelijk wordt geacht. Verder vragen deze leden waarom ik niet kies voor het entameren van een concrete richtlijn in plaats van regelgeving.

Past dat niet veel beter bij de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit die leidend zijn bij het medisch beroepsgeheim, zo vragen deze leden.

Deze leden wil ik geruststellen. Handleidingen en richtlijnen kunnen slechts informatie geven en adviseren over datgene wat is vastgelegd in wetgeving en rechtspraak. Het beoogde effect van nieuwe richtlijnen is dus dat de praktijk meer duidelijkheid krijgt over de bedoeling en uitvoering van de (bestaande) wetgeving. Dergelijke richtlijnen kunnen dus niet een verdergaande doorbreking van het beroepsgeheim omvatten dan is toegestaan op grond van de wet- en regelgeving. Proportionaliteit, noodzakelijkheid en subsidiariteit blijven automatisch de basis bij elke (mogelijke) doorbreking van het beroepsgeheim, aangezien dit voortvloeit uit wet- en regelgeving. Het onderzoek van iBMG heeft echter aangetoond dat de bestaande regels (waaronder de al bestaande mogelijkheden van doorbreking van het beroepsgeheim) niet altijd voor alle betrokkenen helder zijn. Daar moeten de nieuwe richtlijnen verbetering in brengen. Ik vind dat de aanpassing, effectmeting en eventuele verdere bijstelling primair een taak van de beroepsverenigingen zelf is. Zij kunnen vanuit hun praktijk ook het beste signaleren wat de knelpunten zijn. Ik ben dus niet voornemens dit vanuit het ministerie volgens een vooraf bepaalde set criteria te toetsen. Uiteraard blijf ik de ontwikkelingen wel volgen en zal ik niet schromen in voorkomende gevallen nadere voorzieningen te treffen, mocht de zelfregulering tekortschieten. De enige aanpassing in de bestaande wetgeving die ik voorstel, is een doorbreking van het beroepsgeheim in gevallen van een ernstig vermoeden van fraude. Ik verwijs voor een verdere toelichting naar hoofdstuk 2 van deze brief.

Verder vragen deze leden of ik alternatieven in plaats van zelfregulering heb overwogen en of ik voornemens ben het publiek beter te informeren over het medisch beroepsgeheim.

Zoals u weet ben ik in zijn algemeenheid voorstander van zelfregulering waar dat kan. In het geval van het medisch beroepsgeheim ligt zelfregulering zelfs erg voor de hand: voor een goede beoordeling is namelijk veel inhoudelijke kennis nodig en die is het best vertegenwoordigd binnen de eigen beroepsgroep. Daarnaast zijn deze beroepsgroepen in hoge mate intrinsiek gemotiveerd om gevallen van onjuist gebruik aan te pakken, omdat zij zullen willen voorkomen dat de hele beroepsgroep in diskrediet wordt gebracht. Ik heb daarom geen andere opties overwogen en besloten de aanbevelingen van de iBMG onderzoekers op dit punt te volgen. Het lijkt mij niet nodig een brede publieke campagne op te zetten over het medisch beroepsgeheim. Voor de zorgverlening in het algemeen verandert er immers niets: de regels rond het beroepsgeheim blijven daar gelden. De voorgestelde wijzigingen betreffen de regels bij een aanspraak op sociale of zorgvoorzieningen. In die gevallen worden aanvragers per definitie geïnformeerd, omdat hen expliciet zal worden gevraagd toestemming te verlenen voor inzage in (relevante delen van) hun medische gegevens.

#### 4) Opleidings- en nascholingsmaterialen

De leden van de fracties van de VVD, PvdA, CDA en D66 hebben mij – in verschillende bewoordingen – gevraagd hoe de uitwisseling van ervaringen, onderling overleg en oefening door zorgverleners zal worden geïmplementeerd in de opleidingen, wie daar voor zorgt en waar de verantwoordelijkheid ligt. Daarnaast is door verschillende leden gevraagd of monitoring en evaluatie op deze ontwikkeling zal plaatsvinden. De leden van de D66 fractie hebben daarnaast nog meer algemeen gevraagd hoe de inhoud van de onderwijsprogramma's wordt bepaald, hoe wordt

getoetst of deze inhoud aansluit bij de praktijk en hoe ik deze verandering in het onderwijsprogramma wil financieren.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), de Nederlandse vereniging van vrijgevestigde psychotherapeuten (NVvP) en de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (NVAB) hebben diverse richtlijnen en handreikingen opgesteld die meer helderheid verschaffen over de wijze waarop een arts zijn beroepsgeheim in concrete situaties moet toepassen. De beroeps- en brancheorganisaties zijn zelf verantwoordelijk voor de implementatie van de richtlijnen en handreikingen en voor het daadwerkelijk toepassen hiervan in de praktijk. Ik heb navraag gedaan bij de diverse beroepsgroepen en heb begrepen dat deze hier op verschillende wijze invulling aan geven. Zo worden er congressen over het onderwerp georganiseerd of worden bijdragen verzorgd aan congressen, aan het (regulier) beroepsonderwijs, aan nascholingsbijeenkomsten en aan cursussen. Daarnaast wordt gepubliceerd in vakbladen en wordt informatie gegeven via websites en door deelname aan discussieprogramma's op radio en tv. GGZ Nederland heeft voor haar leden een helpdesk ingesteld en informeert haar leden regelmatig via de nieuwsbrief wetgeving. De KNMG heeft een Artseninformatielijn, een adviespunt waar artsen jaarlijks bijna 6.000 maal gebruik van maken. Ook leden van de NVAB kunnen met vragen over dit onderwerp terecht bij de vereniging. Daarmee veronderstel ik dat de toegankelijkheid tot relevante informatie voldoende gewaarborgd is. Daarnaast acht ik van belang dat artsen de materie oefenen en ervaringen uitwisselen. Deels gebeurt dat al via internet en op congressen, maar hier ligt ook een taak voor de opleidingen.

Voor de basisopleiding geneeskunde geldt dat het Raamplan Artsopleiding 2009 is opgesteld door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). De eindtermen uit dit Raamplan zijn vertaald in het curriculum van de geneeskundeopleiding, hetgeen een verantwoordelijkheid is van de individuele faculteiten. De inhoud van de geneeskundige vervolgoopleidingen wordt opgesteld door de individuele wetenschappelijke verenigingen. Voor niet-medische, meer algemene competenties baseren zij zich op het CanMedmodel<sup>12</sup>. Het beroepsgeheim maakt deel uit van het onderdeel Professionaliteit en kwaliteit. Het is dus niet de overheid die het programma bepaalt, maar de artsen zelf (via de NFU en de wetenschappelijke verenigingen). Om die reden mag worden aangenomen dat het programma goed aansluit bij de vraag van artsen in de praktijk. De autonomie van de individuele faculteiten en de wetenschappelijke verenigingen wil ik graag respecteren. Hoewel het dus een eigen verantwoordelijkheid van de beroepsgroepen betreft zal ik het uitwisselen van ervaringen, het oefenen door zorgverleners en de noodzaak meer aandacht aan het onderwerp te besteden in de opleidingen door middel van een brief onder de aandacht brengen van de brancheorganisaties en de NFU. In die brief zal ik deze organisaties informeren over de conclusies uit het iBMG-rapport, waarbij ik mijn verwachting zal uitspreken dat de instituten – zowel in de basisopleiding als in nascholing en vervolgoopleiding – gehoor zullen geven aan de oproep van de onderzoekers. Ik zal daarbij vragen of zij willen aangeven of zij hieraan invulling kunnen geven en binnen welke termijn. Daarbij ga ik er vooralsnog van uit dat het bijstellen van een curriculum naar aanleiding van wijzigingen in de praktijk (zoals dat ook zal gebeuren bij nieuwe medische inzichten) niet hoeft te leiden tot een bijstelling van de bekostiging. Het gaat immers om

---

<sup>12</sup> Het model ziet toe op verdieping en verbreding van de hedendaagse zorgprofessional, waarbij meerdere competenties aan de orde komen.

het op andere wijze invullen van een bestaand onderdeel van de opleiding.

Wat betreft de monitoring van de ontwikkeling van kennis en vaardigheden rond het beroepsgeheim bij zorgverleners, wil ik het volgende opmerken. Om die ontwikkeling te beoordelen zou allereerst een nulmeting moeten worden gedaan en zou over enkele jaren opnieuw het kennisniveau moeten worden getoetst. Ik acht een dergelijke toetsing niet opportuun. Enerzijds omdat dit de zorgverleners onnodig zou belasten met een toetsing, anderzijds omdat mijn stellige overtuiging is dat de verschillende beroepsgroepen intrinsiek gemotiveerd zijn zelf te zorgen voor meer kennis en vaardigheden op dit gebied. Een monitoring van de zijde van de overheid is dan onnodig belastend. Wel kan ik me voorstellen dat een evaluatie van de voortgang hieruit kan bestaan dat jaarlijks aan beroeps- en brancheverenigingen wordt gevraagd welke inspanningen zijn gedaan om het kennis- en ervaringsniveau omhoog te brengen.

#### 5) Opsporing en vervolging

De leden van de SP-fractie vragen welke opsporingsmogelijkheden nu al bestaan om fraude in de zorg en de sociale zekerheid op te sporen. Deze leden willen weten waarom die mogelijkheden onvoldoende zijn. Zij vragen mij uitgebreid te beargumenteren wat het versoepelen van het medisch beroepsgeheim daar nog aan toevoegt.

Tijdens het debat van 23 mei jl. (Handelingen II 2012/13, nr. 86, item 4, blz. 4–20 en item 8, blz. 26–61) over fraude in de zorg is de rolverdeling bij de bestrijding van zorgfraude aan de orde gekomen. De Minister van V&J heeft Uw Kamer in zijn brief van 12 juni 2013<sup>13</sup> geïnformeerd over het aantal zorgfraudezaken dat door de FIOD onder leiding van het Functioneel Parket van het OM is verricht en wordt ingegaan op de wijze waarop zorgfraude bestuursrechtelijk en strafrechtelijk wordt aangepakt. In deze brief is ook opgemerkt dat het waarborgen van het medisch beroepsgeheim er in sommige gevallen toe leidt dat een strafrechtelijk onderzoek in de zorg langer duurt dan een gemiddeld fraudeonderzoek.

In het domein van SZW zijn controle- en opsporingsbevoegdheden toegekend aan onder meer medewerkers van het UWV en aan medewerkers van de I-SZW. Om mogelijke fraude te kunnen onderzoeken hebben de medewerkers van het UWV (handhaving) de volgende mogelijkheden ter beschikking:

- administratieve mogelijkheden via bestandsvergelijkingen uit beschikbare databases en systemen;
- toezichthoudende bevoegdheden op grond van de Algemene wet bestuursrecht (Awb). De toezichthouder is onder andere bevoegd elke plaats te betreden zonder toestemming van de bewoner, met uitzondering van een woning. De toezichthouder is bevoegd inlichtingen en inzage van zakelijke gegevens en bescheiden te vorderen. Verder mag hij van die gegevens en bescheiden kopieën maken;
- opsporingsbevoegdheden op grond van het Wetboek van strafvordering. De opsporingsambtenaar is bevoegd tot het opsporen van de strafbare feiten genoemd in het domein Werk, Inkomen en Zorg. De opsporingsbevoegdheden worden ingezet bij een mogelijke benadeling van € 50.000 of meer.

De opsporingsambtenaren van de I-SZW kunnen alle beschikbare opsporingsbevoegdheden toepassen met inachtneming van het proportionaliteits- en subsidiariteitsbeginsel. De bevoegdheden zijn onder

<sup>13</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 48



meer het observeren van subjecten, het doorzoeken van panden, het opnemen van telecommunicatie en het aanhouden en verhoren van verdachten. Op dit moment is het onduidelijk of de medewerkers handhaving UWV en de opsporingsambtenaren van de I-SZW een afgeleid verschoningsrecht hebben. En zo ja hoe het medisch beroepsgeheim doorbroken moet of kan worden.

Op dit moment kan afgifte van gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen slechts in beperkte gevallen in een strafzaak worden bevolen door de rechter-commissaris op vordering van de officier van justitie. De officier van justitie kan deze vordering alleen doen indien er een redelijk vermoeden is van een strafbaar feit. Tegen het bevel van de rechter-commissaris kan een klacht worden ingediend.

Een nadere wettelijke verduidelijking wanneer bij een vermoeden van fraude in de zorg of sociale zekerheid het medisch beroepsgeheim doorbroken kan worden kan leiden tot het melden van deze zaken waarbij het OM de benodigde gegevens verstrekt kan worden die voor het OM nodig zijn om het vermoeden van een strafbaar feit te construeren.

Voor een verdere toelichting op de noodzaak en inhoud van de voorgestelde wijzigingen verwijs ik naar hoofdstuk 2 van deze brief.

De leden van de SP-fractie willen verder weten hoe vaak de opsporingsinspanningen van de FIOD, de SIOD en het OM hebben geleid tot vervolging. Zij vragen een overzicht.

Tijdens het debat van 23 mei jl. over fraude in de zorg is de rolverdeling bij de bestrijding van zorgfraude aan de orde gekomen. De Minister van V&J heeft Uw Kamer in zijn brief van 12 juni 2013<sup>14</sup> enerzijds geïnformeerd over de het aantal zorgfraudezaken dat door de FIOD onder leiding van het Functioneel Parket van het OM is verricht. Anderzijds wordt in deze brief de rolverdeling bij de bestrijding van zorgfraude uiteengezet. In deze brief is ook opgemerkt dat het waarborgen van het medisch beroepsgeheim er in sommige gevallen toe leidt dat een strafrechtelijk onderzoek in de zorg langer duurt dan een gemiddeld fraudeonderzoek.

Aanvullend heeft de Minister van VenJ aan de Kamer toegezegd om voor de begrotingsbehandeling van VenJ een overzicht te sturen van het aantal aangedragen zorgfraudezaken door verzekeraars, het aantal aangehangen zorgfraudezaken door het OM en het aantal veroordelingen dat als zorgfraude beschouwd kan worden.

Wat betreft de I-SZW kan gemeld worden dat deze inspectie tot nu toe 12 zaken betreffende fraude met WIA-uitkeringen veelal gecombineerd met pgb-fraude in behandeling heeft dan wel heeft gehad. In twee zaken daarvan is uitspraak gedaan door de rechter. De opgelegde straffen betreffen taak/werkstraffen welke bij niet voldoen aan de straf kunnen worden omgezet in hechtenis.

De leden van de SP-fractie willen tevens weten of het juist is dat er geen registratie bestaat van frauderen met zorggelden.

Zoals reeds diverse malen aan uw Kamer gemeld, bestaat er bij het OM geen afzonderlijke registratie van vervolgingen van zorgfraude. Bij zorgfraude gaat het meestal om valsheid in geschrifte of oplichting. Dit zijn de registratiecategorieën die het OM aanhoudt en die omvatten alle soorten fraude, dus niet specifiek zorgfraude. Hierboven gaf ik al aan dat

<sup>14</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 48.



de Minister van VenJ heeft toegezegd alsnog een overzicht naar uw Kamer te zullen sturen met gegevens over het aantal zorgfraudezaken.

Op dit moment is er, zoals eerder aangegeven, voor de registratie van (vermoedens van) zorgfraude al wel een verzamelpunt opgericht bij de NZa. In een convenant dat onder leiding van het Ministerie van VWS door negen partijen is ondertekend zijn onder andere afspraken gemaakt over het aanleveren van signalen bij dit verzamelpunt. De convenantpartners melden alle zorgfraude signalen, dan wel alle vastgestelde zorgfraudes door zorgverzekeraars en zorgkantoren. De convenantpartners die een melding hebben doorgeleid gekregen van de NZa, rapporteren zo mogelijk aan de NZa over de ondernomen acties bij de doorgezette meldingen en het resultaat hiervan. De NZa levert een jaarlijkse rapportage aan de Taskforce Integriteit Zorgsector en het Bestuurlijk overleg van deze Taskforce over het totaal aantal ontvangen fraudemeldingen, de aard daarvan en welke acties de instanties, die daartoe het meest geëigend zijn, hebben ondernomen. Op deze manier ontstaat een eenduidig overzicht van alle meldingen over zorgfraude die bij de toezichthouders en opsporingsdiensten aanwezig zijn en wordt het mogelijk om, sneller dan nu het geval is, ongewenste ontwikkelingen te signaleren en daarop te reageren.

#### 6) Onderzoek naar leemtes in de wetgeving, waaronder upcoding

De leden van de VVD-fractie vragen mij wat de huidige stand van zaken en het voorziene tijdpad is voor het onderzoek dat momenteel wordt verricht naar leemtes in de VWS-wetgeving met betrekking tot de mogelijkheden van fraudebestrijding en op welke wijze die moeten worden opgelost.

In mijn brief van 15 mei 2013 heb ik aangegeven dat het onderzoek naar de omvang van fraude ook betrekking zal hebben op het opsporen van de zwakke plekken in zowel de care als de cure.

Bijzondere aandacht heb ik gevraagd voor de volgende aspecten:

- Het effect van de diverse bekostigingssystemen in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ, waarbij ik speciale aandacht heb gevraagd voor de bekostigingssystematiek binnen de ziekenhuiszorg.
- De rol van bedrijven met speciale expertise op het gebied van optimalisatie van opbrengsten, waarbij ik speciale aandacht heb gevraagd voor de mogelijke betrokkenheid van deze bedrijven bij upcoding.
- Mogelijkheden van preventie van fraude en het wegnemen van prikkels tot frauduleus handelen.

Daarnaast heb ik een wetsvoorstel in voorbereiding (wetsvoorstel versterking toezicht en opsporing Wet marktordening gezondheidszorg) waarin de wet- en regelgeving wordt aangescherpt om partijen in de toezichtketen meer bevoegdheden te geven en meer sanctie instrumenten. De verwachting is dat het wetsvoorstel nog dit jaar naar de Tweede Kamer kan worden gestuurd. Dit wetsvoorstel voorziet onder andere in (betere) mogelijkheden voor de Nederlandse Zorgautoriteit om:

- verzekerden betere overzichten te laten krijgen over nota's, eigen risico en eigen betalingen;
- bestuursrechtelijk op te treden tegen nota's voor niet geleverde zorg (spooknota's);
- handhavingbesluiten openbaar te maken, ook als deze zijn opgevolgd;
- een last onder dwangsom op te leggen bij een weigering mee te werken aan een toezichtonderzoek van de zorgautoriteit;
- de mogelijkheid tot verzegeling in het kader van een toezichtonderzoek om daarmee bewijs veilig te stellen;

- gegevens uit te wisselen met de bijzondere opsporingdiensten en andere bij fraudebestrijding betrokken overheidsinstanties en
- naast verantwoordelijke verzekeraars ook individuele zorgkantoren te kunnen aanspreken.

Eveneens voorziet dit wetsvoorstel in de verplichting voor zorgaanbieders om de voor de controle door verzekeraars noodzakelijke tarief- en prestatiegegevens te verstrekken (op dit moment is deze verplichting – met goedkeuring College Bescherming Persoonsgegevens – vastgelegd in ministeriële regelingen).

Naast bovenstaande maatregelen komt een werkgroep, bestaande uit VWS, de NZa, ZN, de FIOD en het OM, onder de vleugels van de Taskforce integriteit zorgsector, met voorstellen hoe nieuwe wet- en regelgeving van VWS en eventuele wijzigingen in de bekostigingssystemen meer fraude-proof gemaakt kunnen worden.

Bovendien voer ik, samen met de ketenpartners, twee algemene risicoanalyses uit naar fraude in de GGZ en in de medisch specialistische zorg. In deze trajecten wordt gekeken of, en zo ja, waar zich naast de bekostiging nog meer risico's op fraude voordoen. Ik verwacht deze analyses in het najaar aan u te kunnen doen toekomen.

De leden van de SP-fractie vragen om een overzicht van de inspanningen van de NZa om upcoding aan te pakken. De leden van de SP-fractie zijn van mening dat de versoepeling van het medisch beroepsgeheim bij de opsporing van deze vorm van fraude geen enkele zin heeft. Zij vragen mij om mijn mening hierover.

De NZa heeft de overgang van DBC's (Diagnose Behandeling Combinaties) naar DOT (DBC's op weg naar transparantie) voorbereid en na politieke besluitvorming doorgevoerd. Deze overgang is belangrijk in de strijd tegen upcoding. Na invoering van de DOT zal door monitoring onder verantwoordelijkheid van de NZa de DOT bekostigingstitel zich in een continue proces verbeteren. De NZa heeft haar toezicht op het terrein van correct declareren geïntensiveerd. De NZa krijgt nog steeds veel meldingen over te hoge ziekenhuisrekeningen. Zulke onnodig hoge declaraties leiden tot een stijging van de kosten van de zorg. Daarnaast mag van medici en ziekenhuisbestuurders verwacht worden dat zij integer en met verantwoordelijkheidsbesef declareren. De NZa voert daarom diverse toezichtsacties uit om de sector tot verandering te dwingen. In de eerste plaats wordt de pakkans hoger. De NZa heeft bij diverse ziekenhuizen invallen gedaan en onderzoeken ingesteld naar foutieve declaraties. De toezichthouder heeft mij geïnformeerd dat op korte termijn de eerste uitkomsten beschikbaar komen.

Bovendien worden ziekenhuizen waarover de zorgautoriteit signalen van mogelijk onjuist declaratiegedrag heeft ontvangen, om opheldering gevraagd. Als er ten onrechte wordt gedeclareerd, moet dat direct stoppen. Bovendien moet het ziekenhuis maatregelen nemen om foutieve declaraties in de toekomst te voorkomen. Als daar aanleiding toe bestaat, kan de NZa bovendien handhavend optreden, zoals dat eerder ook is gebeurd bij tandartsen en een ziekenhuis die de declaratieregels niet goed toepasten.

In de tweede plaats worden ook de verzekeraars aangesproken. Zorgverzekeraars moeten immers meer werk maken van het controleren van ziekenhuisrekeningen. De NZa legt meldingen over foute declaraties aan verzekeraars voor met het verzoek om controle en opheldering. Als de zorgverzekeraar dat onvoldoende doet, kan de NZa zo nodig handhavend optreden. Dit neemt niet weg dat het de verantwoordelijkheid is van zorgverzekeraars om op basis van het contractenrecht zelf een zorgaan-

bieder aan te spreken op foutieve declaraties als blijkt dat niet de zorg geleverd wordt die overeengekomen is. De NZa kijkt, in de derde plaats, ook naar zichzelf. Als dat nodig is, verduidelijkt de NZa de eigen regels. Ten slotte maakt de NZa meer werk van voorlichting en bewustwording. Er is een nieuwsbrief over correct declareren voor ziekenhuisbestuurders, artsen en anderen die werkzaam zijn in de zorg. Door gesprekken met bestuurders en leden van Raden van Toezicht van ziekenhuizen, zorgverzekeraars en branche-organisaties heeft de NZa het onderwerp correct declareren hoog op de agenda gezet.

Wat betreft de vraag van de SP-fractie of versoepeling van het medisch beroepsgeheim bij opsporing van deze vorm van fraude (upcoding) zin heeft het volgende.

Het is juist dat daarmee upcoding als zodanig niet wordt tegengegaan. Dat is ook de reden dat er naast de voorgestelde wettelijke verduidelijking met betrekking tot het beroepsgeheim ook andere maatregelen worden genomen. Ik verwijs naar de opsomming eerder in dit onderdeel bij mijn antwoord aan de VVD-fractie. Desalniettemin kan worden gezegd dat bij verdenking van fraude inzage in het medisch dossier juist ook meer aan het licht kan brengen over mogelijke upcoding. In die zin kan de voorgestelde aanpassing wel bijdragen aan de opsporing van upcoding. Daarvan gaat dan wel weer een preventief signaal uit. Misstanden in de declaraties als gevolg van onduidelijkheden of teveel interpretatieruimte in de regelgeving, moeten worden voorkomen en uitgebannen.

7) (Omvang) fraude/ Rijksbreed afpakken (voorheen «pluk-ze»)

De leden van de PVV-fractie vragen welke fraude verwacht wordt te worden bestreden met de verruiming van het medisch beroepsgeheim.

Het voornemen om het medisch beroepsgeheim te versoepelen ziet op het voorkomen en bestrijden van fraude met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en fraude in de zorg.

De leden van de PVV-fractie geven aan ten aanzien van pgb-fraude altijd te hebben gepleit voor trekkingsrecht. Zij vragen hoever het kabinet is met het uitwerken hiervan en of deze maatregel voldoende zal zijn om de pgb-fraude aan te pakken.

Eind vorig jaar heeft de Tweede Kamer het plan voor de intensivering van aanpak pgb-fraude ontvangen. Dit plan bouwt voort op de in het verleden reeds genomen maatregelen en voegt daar diverse nieuwe maatregelen aan toe. Het betreft maatregelen zoals de inrichting van een aparte opsporingseenheid voor pgb-fraude bij de I-SZW, voeren van gesprekken door het CIZ met cliënten die voor het eerst een indicatie met voorkeur pgb aanvragen en het voeren van een «bewuste keuze»- gesprek door de zorgkantoren met deze nieuwe cliënten om te bezien of een pgb voor hen de meest geschikte keuze is. Ook maakt onderdeel van het plan uit het afleggen van 30.000 huisbezoeken aan mensen die reeds een pgb hebben. Daarnaast wordt een systeem van trekkingsrechten ingevoerd. Er is inmiddels een uitvoeringstoets daartoe aan de SVB gevraagd en ontvangen.

De leden van de PVV-fractie vragen mij of ik hun mening deel dat de verzekerde/patiënt een grote rol kan spelen bij de aanpak van zorgfraude.

Het is op de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om correct te declareren en aan de zorgverzekeraar om daarop te controleren. De verzekerde kan een rol spelen bij het signaleren van mogelijke onjuistheden in de declaraties. Het is van belang dat hiervoor een heldere terugkoppeling wordt gegeven van de gemaakte zorgkosten.

Zorgverzekeraars gaan dit voor de medisch specialistische zorg doen door de terugkoppeling van de zorgkosten aan de verzekerde begrijpelijker te maken (goede consumentenvertaling) en uit te breiden (door het toevoegen van de relevante zorgactiviteiten). Ik heb hierover met zorgaanbieders en zorgverzekeraars afgesproken (onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 tot en met 2017) dat partijen de benodigde informatie meeleveren met de declaraties van DBC-zorgproducten geopend vanaf 1 januari 2014.

Over de GGZ is met veldpartijen overeengekomen dat met ingang van 1 januari 2014 de diagnose op de GGZ-factuur vermeld zal worden, waar dit nu nog niet het geval is. Het gaat dan ondermeer om de kortdurende dbc's in de gespecialiseerde GGZ, en om de producten in de generalistische basis GGZ. Dit onder voorbehoud van een privacytoets. Om de zorgproducten meer medisch inhoudelijke zeggingskracht te geven en controleerbaarder te maken, wordt daarnaast gewerkt aan het toevoegen van zorgvraagzwaarte indicatoren aan de factuur. Tot slot wordt de hoofdbehandelaar op de declaratie vermeld.

De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat op het moment dat het medisch beroepsgeheim doorbroken wordt, de fraude nog niet is vastgesteld en men dat recht dus wel heeft. De leden vragen of ik het principe «onschuldig tot de schuld bewezen» niet langer hanteer.

Ik deel de mening van de PVV-fractie dat in het strafproces de van fraude verdachte cliënt of beroepsbeoefenaar onschuldig is totdat het tegendeel bewezen is. Het doorbreken van het medisch beroepsgeheim is niet in strijd met dit principe. Het gaat immers om de mogelijkheid een ernstig vermoeden van fraude te mogen melden met overlegging van de relevante (medische) gegevens. Daarmee staat de schuld of onschuld van de betrokkene(n) nog niet vast, maar zijn de gegevens om daar goed onderzoek naar te kunnen doen rechtmatig aan het OM dan wel bij arbeidsongeschiktheidsfraude aan de opsporingsambtenaar van het UWV overhandigd. In het hele proces, van aangifte tot en met behandeling van de zaak bij de strafrechter, blijft het door de leden aangehaalde beginsel dus volledig overeind.

De leden van de SP-fractie vragen mij uitgebreid toe te lichten wat wordt verstaan onder «het vermoeden van fraude».

Onder het vermoeden van fraude wordt verstaan dat iemand onvolledige, onjuiste of niet tijdig informatie verstrekt die van belang is voor het recht, duur of hoogte van een uitkering, voorziening of het verkrijgen van zorg. Een doorbreking van het medische beroepsgeheim wil ik alleen mogelijk maken bij specifieke situaties waarbij een ernstig vermoeden van fraude redelijkerwijs verondersteld kan worden.

Voorts vragen de SP-leden of de «pluk-ze»-regeling ook geldt voor zorgfraude.

Indien zorgfraude tot strafrechtelijk onderzoek leidt, zal het onderzoek per geval moeten uitwijzen wat de omvang van de fraude is. Met afpakken wordt bedoeld het afpakken van criminele winsten door middel van de inzet van verschillende strafrechtelijke instrumenten, zoals de ontne-

mingsmaatregel («pluk-ze»), verbeurdverklaring, schikking of ontnemingscomponent in een transactie. Ik verwijs u verder naar de brief van mijn ambtgenoot van VenJ van 3 juli 2013 over de aanpak van fraude en resultaten terughalen en afpakken 2012<sup>15</sup>.

## 8) Overige vragen

De leden van de VVD-fractie vragen mij of het juist is dat zorgverleners zich in procedures lang kunnen verzetten tegen opheffing van het medisch beroepsgeheim. Deze leden vragen mij of ik bereid ben om in de VWS-wetswijziging door middel van een kortgedingachtige constructie het opheffen van het medisch beroepsgeheim sneller te effectueren.

Wat betreft de strafvorderlijke procedures verwijs ik naar het wetsvoorstel ter verruiming van de mogelijkheden tot bestrijding van financieel-economische criminaliteit<sup>16</sup> dat thans bij de Tweede Kamer aanhangig is. Dit voorstel voorziet onder meer in een versnelling van de procedure om te oordelen over de inbeslagname van stukken ten aanzien waarvan personen, onder wie medische beroepsbeoefenaren, advocaten en notarissen, zich beroepen op hun verschoningsrecht.

De leden van de PvdA-fractie lezen in het onderzoeksrapport dat ook voor bedrijfsartsen onvoldoende duidelijk is wanneer het beroepsgeheim mag worden geschonden. Zij nemen kennis van het feit dat er een leidraad bestaat en er aandacht wordt besteed aan het medisch beroepsgeheim op congressen en dergelijke. Toch vragen zij, gezien de constatering van de onderzoekers van de Erasmus Universiteit, of dit voldoende is. Deze leden vragen mij wanneer ik de evaluatie door de NVAB verwacht. Voorts vragen zij welke aanvullende maatregelen zouden kunnen worden genomen en of daarbij aan een wetswijziging wordt gedacht.

De evaluatie door de NVAB staat gepland voor na de zomer, de rapportage zal einde van dit jaar beschikbaar zijn. Van belang zijn ook de recente onderzoeken (juni 2013) die het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) bij twee arbodienstverleners heeft gedaan<sup>17</sup>. Daarbij is geconstateerd dat zij in strijd met de wet medische gegevens van zieke werknemers verwerken. Nog beoordeeld moet worden of de resultaten van de NVAB-evaluatie of de onderzoeken van het CBP aanleiding geven tot aanvullende maatregelen. Momenteel lijkt een wetswijziging niet nodig; wel blijft uitleg en verduidelijking van de verschillende wet- en regelgeving een punt van aandacht. Het medisch beroepsgeheim in de bedrijfsgezondheidszorg en specifiek bij de verzuimbegeleiding vraagt om zorgvuldigheid en adequate kennis. De bedrijfsartsen, arbodiensten en sociale partners op landelijk niveau zijn zich hiervan bewust. Niet alleen de Leidraad Privacy van NVAB en de Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan (OVAL) die in 2011 verscheen, maar ook eerder verschenen documenten zoals de publicaties van de KNMG (omgaan met medische gegevens en code samenwerking bij ziekteverzuim) en het CBP (de zieke werknemer en privacy)<sup>18</sup> zijn steeds terugkerende onderwerpen bij na- en bijscholing. Verder worden dilemma's bij het medisch beroepsgeheim besproken in Intercollegiale toetsingsgroepen. Ook kunnen NVAB-leden vragen over dit onderwerp voorleggen aan de NVAB Vraagbaak. Recent hebben NVAB en OVAL een folder voor werkgever en werknemer

<sup>15</sup> Kamerstuk 29 911, nr. 82.

<sup>16</sup> Kamerstuk 33 685, nrs. 1–3.

<sup>17</sup> Rapporten z2012–00702 en z2012–00770 (beide juni 2013) te vinden op [www.cbppweb.nl](http://www.cbppweb.nl).

<sup>18</sup> «*De zieke werknemer en privacy. Regels voor de verwerking van persoonsgegevens van zieke werknemers.*», College bescherming persoonsgegevens, Den Haag. 2<sup>e</sup> herziene druk, februari 2008.

uitgebracht, waarin informatie wordt gegeven over de regels rond privacy van zieke werknemers.

De leden van de PvdA-fractie vragen verder wat de ervaringen met een medisch ethische commissie in Zwitserland zijn en op welke wijze zo'n commissie in Nederland zou kunnen worden geïnstalleerd.

Allereerst wil ik graag opmerken dat «het» Zwitserse model niet bestaat. Er zijn verschillen op kantonniveau, met een overkoepelende organisatie (swissethics) die deze separate regelingen in beeld én bij elkaar brengt. Vervolgens is het lastig om de Zwitserse modellen te vergelijken met de situatie in Nederland. Bepaalde taken die in Zwitserland bij dergelijke commissies zijn belegd, worden in Nederland namelijk al elders uitgevoerd. Een voorbeeld is de ethische beoordeling van (medicijn)onderzoek op proefpersonen. In Nederland is dat een taak van de Medisch ethische toetsingscommissies. Ook kan betwijfeld worden of met een dergelijke commissie het doel (bescherming van het beroepsgeheim, maar openheid geven wanneer dit nodig is) bereikt wordt. Die twijfel wordt ook door de onderzoekers van iBMG uitgesproken in hun rapport. De vraagstelling van deze leden impliceert overigens een behoorlijk brede taakstelling van een dergelijke commissie. De verbreding ligt met name op het vlak van informatie, advies en consult. Deze taken worden op dit moment in Nederland ingevuld door de beroepsorganisaties en terzake juridisch deskundigen. Uitiem kan een beroep op de rechter worden gedaan voor een beslissing. Op grond van het vorenstaande concludeer ik dat invoering van een commissie conform een Zwitsers model – met het brede takenpakket dat deze leden voor ogen hebben – niet aan de orde is. Zoals u weet, heeft een van de Zwitserse modellen wel ten grondslag gelegen aan de voorziening die is opgenomen in het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Kamerstuk 32 398).

De leden van de SP-fractie vragen waarom ik van de arts een opsporingsambtenaar wil maken.

Een juiste en correcte besteding van middelen draagt bij aan een betaalbare zorg en de sociale zekerheid. In dat kader is het niet gewenst dat het medisch beroepsgeheim misbruikt wordt, waardoor zorg- en arbeidsongeschiktheidsfraude kan plaatsvinden. Verzekeringsartsen verrichten een belangrijke taak (geneeskundige beoordeling) bij de claimbeoordeling, maar hebben tegelijkertijd een geheimhoudingsplicht. Het is gewenst dat verzekeringsartsen en het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren bij een ernstig vermoeden van fraude dat kunnen melden aan een handhavende instantie. Dit maakt van hen geen opsporingsambtenaar.

De leden van de CDA-fractie vragen mij wie de andere zorgverleners zijn die een vermoeden van arbeidsongeschiktheidsfraude kunnen melden en op vordering van het OM gegevens omtrent de fraude dienen te verstrekken.

De vraag van deze leden komt – zo veronderstel ik – voort uit de bewoordingen in mijn brief aan uw Kamer van 16 januari jl.<sup>19</sup> In die brief geef ik aan de wetgeving zodanig te willen aanpassen dat «duidelijk is wanneer verzekeringsartsen en andere zorgverleners een vermoeden van (...) fraude kunnen melden...» (bladzijde 5, tweede alinea). Gedurende het onderzoek is echter duidelijk geworden dat een wijziging van regelgeving met betrekking tot het melden van fraudevermoedens, naast die in relatie tot verzekeringsartsen van het UWV, niet zozeer andere zorgverleners

<sup>19</sup> Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 129.



betreft, maar in plaats daarvan diegenen die betrokken zijn bij toekenning van aanspraken in de zorg (medewerkers van het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren). Deze personen zullen in het algemeen niet worden aangeduid als «andere zorgverleners». Die term is dus – naar nu duidelijk is geworden – ten onrechte opgenomen in mijn brief. Met excuus voor de daardoor ontstane verwarring verzoek ik deze leden in mijn brief van 16 januari jl. de term «andere zorgverleners» te willen lezen als «medewerkers van het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars en zorgkantoren».

De leden van de CDA-fractie vragen voorts waarom niet gekozen wordt voor het entameren van een concrete richtlijn in plaats van regelgeving. Past dat niet veel beter bij de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit die leidend zijn bij het medisch beroepsgeheim, zo vragen deze leden mij.

Het handelen van een arts wordt primair getoetst aan de wet en in tweede instantie aan op de wet gebaseerde richtlijnen. Het entameren van nieuwe richtlijnen is niet logisch als de wet waarop die richtlijn gebaseerd is aanleiding geeft tot discussie of die wet wel of niet doorbreking van het medisch beroepsgeheim mogelijk maakt en die wet niet wordt aangepast. Overigens worden de richtlijnen en handreikingen met betrekking tot het medisch beroepsgeheim opgesteld door de beroepsverenigingen en niet door het ministerie. Vanzelfsprekend worden bij het opstellen van de nieuwe wettelijke regels de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht genomen.

De leden van de CDA-fractie geven aan dat in de wetsgeschiedenis van artikel 7:457, eerste lid, BW de AWBZ niet genoemd wordt als voorbeeld van een wettelijke inbreuk op het beroepsgeheim. De oude Ziekenfondswet was wel genoemd, maar de AWBZ, die destijds uiteraard ook al bestond, niet. Zij vragen mij uit te leggen waarom de AWBZ toentertijd in de wetsgeschiedenis niet genoemd is.

Zoals de onderzoekers ook aangeven betreft de opsomming in de wetsgeschiedenis voorbeelden en niet een limitatieve lijst. Dit verklaart waarom de AWBZ niet afzonderlijk genoemd wordt in de wetsgeschiedenis.

De leden van de CDA-fractie vragen voorts hoe de wens tot regelgeving voor fraude in de AWBZ zich verhoudt tot de decentralisatie van de AWBZ naar gemeenten.

Ook voor de toekomstige langdurige zorg blijft de aanpak van fraude van belang. Zoals de Staatssecretaris in het plenair debat van 23 mei 2013 heeft opgemerkt zullen gemeenten nadrukkelijk betrokken worden bij de aanpak van de fraude en de lessen die daaruit te leren zijn. De kennis en instrumenten zullen ter beschikking van gemeenten worden gesteld, zodat zij de fraude effectief kunnen aanpakken.

De leden van de CDA-fractie ondersteunen de voorstellen van de Minister als het gaat om het zorgvuldig verstrekken van slachtofferinformatie. Het verstrekken van slachtofferinformatie door ziekenhuizen en zorgverleners aan de burgemeester in het kader van crisiscommunicatie schaadt het medisch beroepsgeheim niet. De Minister geeft aan dat implementatie van de handreiking openbaar bestuur en ziekenhuizen over slachtofferinformatie bij rampen en crises naar verwachting een oplossing biedt voor de soms moeizame verstrekking van slachtofferinformatie. Deze leden vragen hoe het staat met deze implementatie en op welke wijze de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) hierbij betrokken is.

De inventarisatie van de stand van de implementatie in de 25 veiligheidsregio's is inmiddels in juli 2013 afgerond. De inventarisatie geeft een positief beeld van de ontwikkelingen. Zowel van de zijde van de ziekenhuizen als van de veiligheidsregio's hoor ik positieve geluiden over de handreiking. In het merendeel van de regio's zijn concrete afspraken gemaakt met ziekenhuizen. Men geeft overigens wel aan dat er voor de toepassing van de handreiking nog een aantal voorbereidingen getroffen moeten worden, bijvoorbeeld op het terrein van informatiebeveiliging. De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) is niet expliciet betrokken, maar wel het Veiligheidsberaad. Gewoonlijk laat de VNG rampen- en crisisbeheersing over aan het Veiligheidsberaad. Daarnaast wordt het hele traject in afstemming gedaan met het Landelijk Overleg Coördinerend Gemeentesecretarissen, die de leiding hebben bij de invoering van de slachtofferinformatiesystematiek.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom niet eerst de uitwerking van de maatregelen zoals het trekkingsrecht en het zorgplan worden gezien.

Het aanpakken van fraude met pgb's stond al eerder in de belangstelling van de Kamer naar aanleiding van geconstateerde overtredingen. Naast fraude met pgb's doen zich ook frauderisico's bij de zorg in natura voor. Omdat het pgb een beslag op de financiële middelen kent van circa € 2,4 miljard en er in de AWBZ-zorg in natura in totaal circa € 26 miljard omgaat heeft juist het aanpakken van fraude in de AWBZ-zorg in natura een hoge prioriteit.

Deze leden horen wel eens uit het veld dat als een zorgkantoor een vermoeden van fraude aangeeft het OM er zelden werk van maakt. Zij willen graag weten hoe het staat met de strafrechtelijke veroordeling.

Het beeld dat het OM zelden werk maakt van een vermoeden van fraude aangegeven door een zorgkantoor wordt niet herkend. Wat betreft de strafrechtelijk veroordeling verwijs ik naar de beantwoording op de gelijksoortige vragen van de leden van de SP-fractie onder hoofdstuk 5 van de beantwoording.