

LJN: BN3056, College van Beroep voor het bedrijfsleven , AWB 08/695, 08/696, 08/701, 08/705, 08/709, 08/713, 08/715 en 08/724 Print uitspraak

Datum uitspraak: 02-08-2010

Datum publicatie: 02-08-2010

Rechtsgebied: Bestuursrecht overig

Soort procedure: Eerste aanleg - meervoudig

Inhoudsindicatie: Grondslag DBC-tariefstructuur psychiatrie. Verschil tussen zorg verleend door GGZ instellingen en door vrijgevestigd psychiaters onvoldoende onderzocht. Zorgvuldigheid, motiveringsgebrek. Bescherming privacy psychiatrische patiënten; waarborgen medisch beroepsgeheim. Verplichte vermelding DBC-prestatiecode op declaraties. Belangen zorgverzekeraars, onvoldoende afgewogen tegen belang waarborgen privacy patiënt; medisch beroepsgeheim en belangen "zelfbetalers". Volgt vernietiging en, in afwachting van de nieuwe beslissing op bezwaar een voorlopige voorziening.

Uitspraak

College van Beroep voor het bedrijfsleven

AWB 08/695, 08/696, 08/701, 08/705, 08/709, 08/713, 08/715 en 08/724 2 augustus 2010
13950

Uitspraak in de zaken van:

1. A, te B (AWB 08/695),
 2. Orde van Medisch Specialisten, te Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, te Utrecht, en twee anderen (AWB 08/705),
 3. C, te D (AWB 08/696),
 4. Stichting de Koepel van DBC-vrije praktijken van Psychotherapeuten en Psychiaters, te Amsterdam, Regionale Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten Gelderland, te Nijmegen en 26 anderen (AWB 08/701),
 5. E, te F (AWB 08/709),
 6. G, te H (AWB 08/713),
 7. Psychotherapiepraktijk Emma, te Amsterdam (AWB 08/715),
 8. I, te J (AWB 08/724),
- appellanten,
gemachtigden: voor appellanten sub 2 mr. M.E. Gelpke en mr. W.I. Koelewijn, advocaten te 's-Gravenhage en voor appellanten sub 4 en 7 mr. H.C. Lagrouw, mr. J.B. Schmaal en mr. H.H. de Vries, advocaten te Amsterdam,

tegen

Nederlandse Zorgautoriteit, verweerster,
gemachtigden: mr. A.C. de Die en mr. H.C. Schutrops, advocaten te 's-Gravenhage.

1. De procedure

Bij tariefbeschikking van 20 december 2007 heeft verweerster op grond van de artikelen 35 juncto 52, vijfde lid, Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) besloten dat met ingang van 1 januari 2008 (1) voor gebudgetteerde zorgaanbieders (zoals omschreven in de beleidsregel CA-222, Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg) de bedragen vermeld achter de desbetreffende productgroep voor behandeling en voor verblijf (zoals omschreven in de beleidsregel CA-184, Productstructuur DBC GGZ) in rekening kunnen worden gebracht, en (2) dat voor overige zorgaanbieders maximaal de bedragen vermeld achter de desbetreffende productgroep voor behandeling en voor verblijf (zoals omschreven in de bijlage bij beleidsregel CA-184 Productstructuur DBC GGZ) in rekening kunnen worden gebracht.

Appellanten hebben tegen deze tariefbeschikking bezwaar gemaakt, naar aanleiding waarvan op 20 mei 2008 en 17 juni 2008 hoorzittingen hebben plaatsgevonden. Verweerster heeft vervolgens bij het besluit van 7 augustus 2008 (hierna ook: het bestreden besluit) de bezwaren van appellanten ongegrond verklaard.

Appellanten hebben tijdig beroep ingesteld tegen het besluit van verweerster van 7 augustus 2008.

Appellanten sub 2, 3, 4, 5, 6 en 7 hebben hun beroepschriften nader aangevuld.

Bij brieven van 23 februari 2009 en 23 maart 2009 heeft verweerster verweerschriften ingediend.

Op 11 februari 2010 is het beroep van appellanten sub 2 ter zitting behandeld. Appellanten hebben daar bij monde van hun gemachtigden hun standpunt nader uiteengezet. De Orde van Medisch Specialisten was ter zitting mede vertegenwoordigd door H.J.T. Vermeulen. Verweerster heeft bij monde van mr. De Die, voornoemd, haar standpunt uiteengezet. Voor verweerster is tevens verschenen I.M. Lovisa, werkzaam bij verweerster.

Op 12 maart 2010 hebben appellanten sub 4 en 7 een nadere memorie ingediend.

Op 23 maart 2010 zijn de beroepen van appellant sub 1 en appellanten 3 tot en met 8 ter zitting behandeld. Appellant sub 1 is in persoon ter zitting verschenen. Appellanten sub 4 en 7 hebben bij monde van hun gemachtigden hun standpunt nader uiteengezet.

Verweerster heeft bij monde van haar gemachtigden haar standpunt uiteengezet. Voor verweerster is tevens verschenen I.M. Lovisa, voornoemd.

2. De beoordeling van het geschil

2.1 Inleiding

De beroepen stellen verschillende onderwerpen aan de orde en de beroepsgronden van de verschillende appellanten overlappen elkaar deels. De beroepsgronden centreren zich rond de volgende onderwerpen:

- de aan de tariefbeschikking ten grondslag liggende productstructuur van diagnosebehandelingcombinaties (hierna: DBC's) in de geestelijke gezondheidszorg (hierna ook: GGZ).

Hiertegen zijn gronden aangevoerd door appellant sub 1.

- de maximumtarieven die per 1 januari 2008 door zelfstandig gevestigde psychiaters en psychiaters die op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam zijn op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis, in rekening mogen worden gebracht. Hiertegen zijn gronden aangevoerd door appellanten sub 1 en 2.

- de verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars te verstrekken.

Hiertegen zijn gronden aangevoerd door appellant sub 1 en appellanten sub 3 tot en met 8.

- de verplichting om diagnose-informatie door te geven aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Hiertegen zijn gronden aangevoerd door appellant sub 1 en appellanten sub 3 tot en met 8.

In het navolgende zal het College onder 2.2 eerst enkele procedurele vragen die verweerster aan de orde heeft gesteld, bespreken. Vervolgens zullen de beroepsgronden, gerubriceerd naar bovengenoemde geschilpunten, worden behandeld: de productstructuur en de maximumtarieven (2.3, blz. 5-33), de verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars te verstrekken (2.4, blz. 33-60), de verplichting om informatie door te geven aan het DIS (2.5, blz. 60-64). Daarbij zal het College, telkens per gerubriceerd geschilpunt, na de weergave van de feitelijke grondslag van dit geschilpunt en de standpunten van partijen, de beoordeling laten volgen. Ten slotte volgt onder 3 (blz. 65) de conclusie van het College ten aanzien van alle beroepen.

2.2 Procedurele aspecten

2.2.1 Verweerster heeft betoogd dat het College zich terzake van de beroepen van appellants sub 1 en appellants sub 3 tot en met 8 onbevoegd dient te verklaren. Zij heeft daartoe aangevoerd dat de tariefbeschikking geen betrekking heeft op de verplichting tot het verstrekken van gegevens inzake de geleverde prestatie aan derden, maar slechts bepaalt welk tarief voor welke DBC in rekening gebracht mag worden. De beroepen hebben geen betrekking op het tarief, maar op de verplichting gegevens te verstrekken en zien derhalve niet op een beslissing van verweerster op grond van de Wmg, aldus verweerster. Dit betoog faalt. De beroepen richten zich tegen een door verweerster op grond van de Wmg genomen tariefbeschikking, waartegen ingevolge artikel 105 van die wet – nadat bezwaar bij verweerster is gemaakt en deze daarop, zoals is gebeurd, heeft beslist – beroep bij het College openstaat. De vraag of de tariefbeschikking mede gelet op haar reikwijdte al dan niet betrekking heeft op de verplichting tot het verstrekken van gegevens en vervolgens de vraag of de beroepsgronden met betrekking tot de verplichting om gegevens aan derden te verstrekken kunnen afdoen aan de rechtmatigheid van de tariefbeschikking, zijn beide vragen van inhoudelijke aard, welke in het kader van een beroep tegen de tariefbeschikking aan de orde kunnen worden gesteld. Het College zal bij de inhoudelijke beoordeling van deze beroepsgronden op die vragen ingaan, waarbij ook de stelling van verweerster dat deze appellants geen procesbelang bij hun beroep hebben aan de orde zal komen.

2.2.2 Ter zitting heeft verweerster gesteld dat van appellants sub 4 de Stichting De Koepel van DBC-vrije Praktijken van Psychotherapeuten en Psychiaters en de Regionale Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten Gelderland, alsmede enkele van de 26 individuele appellants niet-ontvankelijk zijn. Het College laat dit in het midden. Appellants sub 4 hebben een gezamenlijk beroepschrift ingediend en vaststaat, naar verweerster ook niet betwist, dat in elk geval de andere individuele appellants namens wie dit beroepschrift is ingediend ontvankelijk zijn in hun beroep. Derhalve is het niet noodzakelijk de ontvankelijkheid van de door verweerster genoemde appellants te onderzoeken.

2.3 De DBC-productstructuur en de maximumtarieven

Appellant sub 1 heeft zich in beroep gericht tegen de aan de tariefbeschikking ten grondslag liggende productstructuur van DBC's in de GGZ. Appellants sub 2 richten zich tegen de toepassing van de tariefbeschikking op psychiaters vrij beroepsbeoefenaren, hierna ook aangeduid als vrij gevestigde psychiaters. Onder deze groep psychiaters vallen de zelfstandig gevestigde psychiaters (hierna: zgp-ers) en psychiaters die op basis van een toelatingsovereenkomst werkzaam zijn op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (hierna: paaz-psychiaters).

2.3.1 Grondslag van deze geschilpunten

In 2001 is in bestuurlijk overleg tussen het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS), de Orde van Medisch Specialisten en andere branche-organisaties en Zorgverzekeraars Nederland besloten tot invoering van een bekostigingssystematiek op basis van DBC's in de gehele sector geestelijke gezondheidszorg. Er is een stuurgroep ingesteld, die de regie voerde over het ontwikkelingstraject en de projectorganisatie DBC-GGZ onder

voorzitterschap van VWS, bestaande uit vertegenwoordigers van de belanghebbende koepels, te weten Zorgverzekeraars Nederland, GGZ Nederland, de Orde van Medisch Specialisten (hierna ook: de Orde) / Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna ook: NVvP), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Psychotherapeuten en anderen. De rechtsvoorganger van verweerster, het College tarieven gezondheidszorg, was als adviseur bij de projectgroep betrokken.

Daarnaast is een Landelijke werkgroep DBC-ontwikkeling in de GGZ ingesteld. Deze werkgroep, bestaande uit 24 leden – onder wie 12 psychiaters en daarnaast psychotherapeuten, psychologen en overige vertegenwoordigers uit de GGZ-sector – werd belast met het ontwikkelen van een DBC-model.

In een brief aan de Tweede Kamer van 14 oktober 2004 geeft de minister van VWS de Tweede Kamer een overzicht van de ontwikkelingen sinds 2001. Daarbij deelt hij - onder meer - het volgende mee:

“ Een belangrijke reden voor het besluit om DBC's in de GGZ in te voeren was het bewerkstelligen van meer transparantie in de GGZ. Ook om in de toekomst een goede marktwerking in de zorg en omslag van aanbod- naar vraagsturing mogelijk te maken is transparantie en een heldere en eenduidige producttaal noodzakelijk. Eind 2003 is ook besloten om de extramurale GGZ per 1 januari 2006 over te hevelen naar de nieuwe zorgverzekeringswet (Kamerstuk 2003-2004, 23619, nr. 19).

Een gevolg hiervan is dat de over te hevelen delen van de GGZ wat betreft de organisatie en financiering aansluiten bij de curatief somatische zorg in het tweede compartiment. Dit betekent dat aangesloten wordt bij de ontwikkeling van DBC's, zoals die ook voor de curatief somatische zorg worden ontwikkeld.

(...)"

De ontwikkeling van het DBC-model vond in drie fasen plaats. Ontwikkelen en uitwerken van de wijze van DBC-registratie vond plaats door vier zogenoemde koplopergroepen, bestaande uit een aantal GGZ-instellingen en groepen van vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten. De minister vermeldt hierover in zijn hiervoor vermelde brief dat de eerste ontwikkelfase van het project – het ontwikkelen, uittesten en evalueren van de hoofdlijnen en de registratiespelregels – volgens planning is afgerond in januari 2004. In de tweede fase, die in april 2004 van start is gegaan zijn kwalitatieve en kwantitatieve gegevens geregistreerd, die als basis moesten dienen voor de definitieve productstructuur, dat wil zeggen de landelijke indeling van DBC-productgroepen. De registratie in de tweede fase is uitgevoerd door een tweede en een derde koplopergroep. In januari 2005 is een grote vierde koplopergroep van meer dan vijftig vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten gestart met de DBC-registratie.

Op 9 december 2005 heeft de Projectorganisatie DBC-GGZ de eerste versie van de productstructuur gepresenteerd. Deze omvatte 83 productgroepen gebaseerd op ruim 10.000 DBC's. In het document Kostprijsmodel DBC GGZ van 21 juni 2006 heeft de Projectgroep de wijze waarop de kostprijsberekening door de door haar ingestelde werkgroep Kostprijsmodel is ontwikkeld als volgt beschreven.

“ 2.1 Opdrachtformulering werkgroep kostprijsmodel

Ten behoeve van de ontwikkeling van het kostprijsmodel heeft de Projectgroep DBC-GGZ de werkgroep Kostprijsmodel ingesteld. Deze werkgroep is verantwoordelijk voor de ontwikkeling, de toetsing en het onderhoud van het kostprijsmodel. De opdracht aan de werkgroep kostprijsmodel is om een werkbaar kostprijsmodel te ontwikkelen waarmee zorgaanbieders in de GGZ kostprijzen van DBC's kunnen berekenen. Het kostprijsmodel is gedefinieerd als een stelsel van begrippen. Afspraken en rekenregels op basis waarvan op een eenduidige wijze kosten kunnen worden toegerekend aan de in het kader van de DBC GGZ systematiek ontwikkelde verrichtingen (kostendragers).

(....)

5.1 De achtergrond van de kostendragers

Het doel van de kostprijsberekening is het toerekenen van kosten aan kostendragers. In de DBC-systematiek voor de GGZ zijn de kostendragers direct afgeleid van de eenheden van activiteiten die worden geregistreerd om productie uit te drukken. Voor het overgrote deel bestaat de registratie van activiteiten en verrichtingen uit het feit dat afzonderlijke behandelaars hun 'tijd schrijven' op activiteiten. De kostendrager is hier een uur patiëntgebonden tijdsbesteding van de verschillende typen behandelaars.
(....)"

GGZ-hulpverleners hebben ten behoeve van de kostprijsberekening geregistreerd tijdgeschreven. De gemiddelde kostprijs van de afzonderlijke activiteiten is berekend door middel van registratie van patiëntgebonden tijdsbesteding van behandelaars en toerekening van de uurtarieven aan de afzonderlijke activiteiten. Voor de zelfstandig gevestigde psychiaters/psychotherapeuten is in bijlage 6 van het document Kostprijsmodel DBC GGZ een vereenvoudigd kostprijsmodel beschreven, bestaand uit drie componenten: 1) kosten in verband met onderhouden vakkennis, 2) kosten in verband met uitoefenen vak en 3) basistarief. Voor het basistarief is gerekend met de mediaan over het betreffende beroep bij de instelling (alleen directe kosten). Zo is voor psychiaters gerekend met een uurtarief ontleend aan de mediaan van het CAO-GGZ salaris voor medisch specialisten.

In juli 2006 heeft de Projectorganisatie de Productstructuur GGZ vastgesteld en beschreven. Op basis van deze Productstructuur heeft verweerster in november 2006 de Beleidsregel CA-121 vastgesteld. Deze beleidsregel heeft geleid tot een gefaseerde invoering van DBC's in de GGZ. Het jaar 2007 diende als overgangsjaar. De datum van inwerkingtreding van deze beleidsregel was bepaald op 1 januari 2008.

De minister van VWS heeft de Tweede Kamer op 17 januari 2007 een brief gestuurd met betrekking tot medisch specialisten in het algemeen, waarin hij mededeelt na een periode van intensief overleg overeenstemming te hebben bereikt met het bestuur van de Orde voor Medisch Specialisten over een onderbouwd normatief uurtarief voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren. Dit tarief bedraagt € 132,50, prijspeil 2006, met een bandbreedte van € 6,- in opwaartse en neerwaartse richting. In punt 4 van de bij de brief gevoegde gezamenlijke verklaring van de minister en de Orde is opgenomen:

"Het onderbouwd uurtarief zal zowel in het A-segment als in het B-segment worden gebruikt voor het vaststellen van het honorariumdeel van het DBC-tarief (...). Deze afspraken worden gemaakt tussen de instellingen (ziekenhuizen) en de medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren".

De door de projectgroep op 20 april 2007 uitgebrachte eerste onderhoudsversie van de Productstructuur DBC-GGZ vermeldt ten aanzien van de in die versie gehanteerde kostprijzen het volgende (blz. 30):

" (...)

In december 2006 zijn door 28 van de 30 referentie-instellingen kostprijzen aangeleverd. Naast de referentie-instellingen zijn ook Zelfstandige Gevestigde Psychiaters (ZGP's) gevraagd om de uurtarieven aan te leveren. In totaal hebben 4 ZGP's uurtarieven voor een Psychiater en Psycholoog aangeleverd. (...)"

Op 23 juli 2007 heeft de minister van VWS op grond van artikel 7 Wmg de Aanwijzing inzake uurtarief medisch specialisten vastgesteld (Strct. 2007, 181, blz. 17). Artikel 1 van de Aanwijzing luidt:

"Deze aanwijzing is van toepassing op medisch specialisten.

Onder medisch specialisten wordt verstaan zorgaanbieders die geneeskundige zorg bieden zoals medisch specialisten die bieden (...)"

Voorts is in de Aanwijzing bepaald dat verweerster met ingang van 1 januari 2008 een bandbreedtetarief invoert voor zorg zoals deze door medisch specialisten wordt geleverd en door aanbieders van medisch specialistische zorg in rekening kan worden gebracht. Het normatief

uurtarief is bij de Aanwijzing vastgesteld op € 132,- met een marge van plus of min € 6,-. In de toelichting refereert de minister aan de met de Orde bereikte overeenstemming over de hoogte van het per 1 januari 2008 in te voeren uurtarief. In dit verband is vermeld:

“Overeengekomen is dat vanaf 1 januari 2008 één onderbouwd normatief uurtarief voor medisch specialistische zorg (inclusief psychiatrie) wordt ingevoerd, dat door middel van een bandbreedte ruimte biedt voor beloning naar prestatie.”

Op 5 september 2007 heeft de minister van VWS op grond van artikel 7 Wmg de Aanwijzing inzake afschaffen lumpsum en externe honorering lokale initiatieven vastgesteld (Stcrt. 18 september 2007, 180, blz.15). Op grond daarvan zijn per 1 januari 2008 de beleidsregels die betrekking hebben op de lumpsum externe honorering lokale initiatieven vrijgevestigde medisch specialisten en vrijgevestigde psychiaters afgeschaft.

Op 15 oktober 2007 heeft de minister van VWS verweerster een aanwijzing gegeven, die voor zover van belang als volgt luidt:

“Artikel 1.

Deze aanwijzing is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw voor zover die wordt geleverd door instellingen voor medisch specialistische zorg verleend door psychiaters en overige zorgaanbieders die zijn toegelaten voor zorg aan verzekerden met een psychiatrische aandoening met uitzondering van de eerstelijns psychologische zorg.

Ter uitvoering van dit besluit stelt de Nederlandse zorgautoriteit, verder te noemen zorgautoriteit, beleidsregels vast.

Artikel 2

1. De zorgautoriteit voert met ingang van 1 januari 2008 een bekostigingssystematiek in voor de in artikel 1 bedoelde zorg. De prestatiebeschrijvingen in deze systematiek zijn gebaseerd op diagnose behandelings combinaties (DBC's) voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz).
(...)

5. De zorgautoriteit voert met ingang van 1 januari 2008 voor de overige zorgaanbieders tarieven in als bedoeld in artikel 57, vierde lid, onder b, van de Wet marktordening gezondheidszorg die ten hoogste in rekening mogen worden gebracht voor de geleverde prestaties.”

Per 1 januari 2008 is in werking getreden de door verweerster vastgestelde Beleidsregel CA-184, Productstructuur DBC GGZ (hierna ook: Beleidsregel Productstructuur). Met de inwerkingtreding is de Beleidsregel CA-121 komen te vervallen. Voorts is op 1 januari 2008 de door verweerster vastgestelde Beleidsregel CA-222, Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg, in werking getreden (hierna ook: Beleidsregel Invoering), waarmee invoering van DBC's in de geestelijke gezondheidszorg per 1 januari 2008 is gerealiseerd.

Op 20 december 2007 heeft verweerster de bestreden tariefbeschikking vastgesteld, die geldt vanaf 1 januari 2008. De tariefbeschikking luidt voor zover van belang als volgt:

“De Nederlandse zorgautoriteit heeft krachtens de paragrafen 2 en 4 van hoofdstuk 4 van de Wmg op basis van de beleidsregels:

voor zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden (voor zover het psychiaters betreft), zorgaanbieders die zorg leveren zoals psychotherapeuten die bieden, ziekenhuizen en academische ziekenhuizen (voor zover het de psychiatrische afdelingen betreft), zorgaanbieders die zijn toegelaten voor zorg aan verzekerden met een psychiatrische aandoening of zorgaanbieders van wie de zorg is gericht op verzekerden met een psychiatrische aandoening

en gelet op

Wmg-artikel 35 jo. art. 52 lid 5

besloten:

dat rechtsgeldig

door:

bovengenoemde zorgaanbieders

aan:

alle ziektekostenverzekeraars en alle (niet-)verzekerden
prestatiebeschrijving en bijbehorende tarief (in euro's):

(...)

- voor gebudgetteerde zorgaanbieders (...)

- voor overige zorgaanbieders maximaal de bedragen vermeld achter de desbetreffende productgroep voor behandeling en voor verblijf (zoals omschreven in de bijlage bij beleidsregels CA-184 Productstructuur DBC GGZ) in rekening kunnen worden gebracht. (...)"

Op 7 januari 2008 heeft de minister van VWS de Aanwijzing inzake hernieuwde vaststelling aanwijzing invoering uurtarief medisch specialisten vastgesteld (Stcrt. 2008, 6, blz. 8), waarin de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de somatisch curatieve zorg wordt uitgesloten, voor zover deze daarvan geen onderdeel is. De toelichting op de aanwijzing meldt:

" Deze aanwijzing dient ter vervanging van de aanwijzing (....) van 23 juli 2007 (....) Die aanwijzing wordt ingetrokken en met terugwerkende kracht vervangen door de onderhavige aanwijzing. De hernieuwde vaststelling is noodzakelijk omdat de werkingsfeer van de aanwijzing onvoldoende specifiek was.

(....)

Overeengekomen is dat vanaf 1 januari 2008 voor geneeskundige somatische zorg één onderbouwd uurtarief voor medisch specialistische zorg wordt ingevoerd dat door middel van een bandbreedteruimte biedt voor beloning naar prestatie. Dat uurtarief geldt ook voor psychiatrie als onderdeel van een DBC voor geneeskundige somatische zorg.

(....)

De werkingsfeer van de aanwijzing.

Uit de gezamenlijke verklaring van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Algemeen Voorzitter van de Orde van Medisch Specialisten van 17 januari 2007 over de overeenstemming over de onderbouwing en toepassing van het uurtarief voor medisch specialisten blijkt dat die is toegesneden op de geneeskundige en somatische gezondheidszorg en op geen enkele wijze refereert aan de afspraken die gemaakt zijn bij de systematiek van GGZ-DBC's. Er wordt uitdrukkelijk verwezen naar het in die bij ziekenhuiszorg onderscheiden A- en B-segment, naar ziekenhuizen als instellingen en naar de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen als relevante gesprekspartner. Zou de gezamenlijke verklaring zich ook richten op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, dan zou de verklaring onvolledig zijn en zou dat ongewenste gevolgen hebben voor de systematiek van de GGZ-DBC's. Zowel voor de geneeskundige somatische gezondheidszorg als de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is een systeem van prestatiebeschrijvingen in de vorm van diagnose behandelingcombinaties ontwikkeld. Beide systemen verschillen naar hun aard, inhoud en tariefopbouw."

Naar aanleiding van op 25 januari 2008 door het Tweede Kamer-lid Schippers ingezonden kamervragen antwoordt de minister van VWS op 3 maart 2008:

" De aanwijzing van 7 januari 2008 onderstreept de eerdere lijn op basis waarvan binnen het DBC-systeem in de ziekenhuiszorg een uurtarief is ingevoerd. Dit uurtarief wordt gebruikt als onderbouwing van de honorariumcomponent binnen deze DBC. Mijn uiteindelijke doel is een nivellering van de inkomens van medisch specialisten in een ziekenhuis. Voor de opbouw van de DBC's in de GGZ is zoveel mogelijk aangesloten bij de opbouw van DBC's in de ziekenhuiszorg: de combinatie van de zorgvraag met de daarvoor ingezette behandeling. Er zijn echter ook, beargumenteerd en gedragen door alle partijen, punten waarop de systematiek wezenlijk verschilt. Zo kent de DBC GGZ systematiek meerdere professionals die binnen de DBC activiteiten schrijven en mogen declareren. Tevens kennen de DBC's die in de GGZ gebruikt worden geen aparte herkenbare honorariumcomponent."

Naar aanleiding van een brief van 21 januari 2008 van de Orde / NVvP inzake de herziene aanwijzing en een daarop betrekking hebbend overleg tussen de Orde / NVvP en de minister van VWS op 24 januari 2008, heeft de waarnemend directeur-generaal Gezondheidszorg van het

Ministerie van VWS in zijn brief van 3 maart 2008 aan de Orde, waarvan een kopie is gestuurd aan de NVvP, het standpunt van VWS nader uiteengezet en gesteld:

“In het overleg hebben we geconstateerd dat de betreffende aanwijzing onder de psychiaters in uw achterban tot onrust heeft geleid. (...) Deze onrust wil ik graag wegnemen, door in deze brief mijn overwegingen ten aanzien van het uurtarief medisch specialisten in relatie tot de GGZ uiteen te zetten.

Het uurtarief wordt ook gehanteerd door de psychiater, maar alleen daar waar het uurtarief geldt: in de opbouw van de DBC-systematiek in de somatische zorg. In de GGZ en ook voor de eerste lijn is met akkoord van alle betrokken partijen gekozen voor andere systemen van registratie en bekostiging van de prestaties van de zorg. Daarin past een normatief uurtarief zoals in de curatieve somatische zorg is afgesproken niet. Er is in de DBC-systematiek voor de GGZ geen aparte honorarium-component en instellingskostencomponent te onderscheiden binnen de DBC. De GGZ DBC kent een integraal tarief voor een behandeling. Het normatieve uurtarief geldt dus niet buiten de somatische DBC's.

De GGZ DBC heeft een multidisciplinair karakter, waarbij de verschillende professionals registreren hoeveel zorg zij leveren binnen een DBC. De DBC-kostprijs gaat dus uit van een multidisciplinaire mix van behandelaren. Welke behandelaar de DBC vervolgens uitvoert, heeft geen invloed meer op de DBC-prijs (...).

Het normatieve uurtarief in de somatische zorg

De aanleiding voor het invoeren van een normatief uurtarief voor medisch specialisten is de invoering van DBC's in de curatieve somatische zorg. Voor de curatieve somatische zorg is, op basis van een zo reëel mogelijke schatting, per DBC vastgelegd hoeveel tijd medisch specialisten gemiddeld aan een patiënt besteden. (...) Het DBC tarief bestaat uit de kosten van het ziekenhuis en het uurtarief maal de normtijd per DBC. (...)

In 2003 heeft de Orde van Medisch Specialisten met toenmalig minister van VWS overlegd over de invoering de DBC-systematiek in de curatieve somatische zorg en de berekening van het landelijke uurtarief voor medisch specialisten. Toen is afgesproken dat het uurtarief voorlopig alleen zal gelden voor het B-segment. (...) In 2003 is tevens afgesproken dat het macro-neutrale uurtarief zo spoedig mogelijk vervangen zou worden door een onderbouwd normatief uurtarief. (...) Op 17 januari 2007 zijn de toenmalig minister van VWS en uw toenmalig voorzitter (...) tot overeenstemming gekomen over de hoogte van dit normatief onderbouwde uurtarief. De berekening en de onderbouwing van het afgesproken normatief onderbouwde uurtarief is conform de opdracht van de commissie gebaseerd op medisch specialisten werkzaam in de curatieve somatische zorg.

De aanwijzing invoering onderbouwd normatief uurtarief is een uitwerking van deze afspraken. (...) Voor alle medisch specialisten, dus ook psychiaters, werkzaam in de curatieve somatische ziekenhuiszorg die DBC's voor de ziekenhuiszorg declareren, geldt het normatief onderbouwde uurtarief.

De overheveling van de GGZ van AWBZ naar Zvw

De afgelopen jaren heb ik (...) gewerkt aan de overheveling van de geneeskundige GGZ van AWBZ naar Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarmee is alle geneeskundige zorg onder één wet gebracht en maakt het niet uit of de zorgvraag een somatische dan wel geestelijke oorzaak heeft. (...) Hoewel de GGZ DBC's, waar mogelijk aansluiten bij de systematiek in de ziekenhuizen, is de technische uitwerking vanwege de specifieke aard van de zorg en vanuit de lering in de ziekenhuiszorg op bepaalde aspecten anders.

De DBC GGZ

De GGZ DBC's zijn ontwikkeld op basis van registratie van diagnose en daarbij behorende behandeling met activiteiten en verrichtingen (en vooral tijd) die alle professionals aan de patiënt besteden. (...) Na statistische analyse is een DBC gevormd met een gemiddeld integraal tarief waarin de gemiddelde tijdsbesteding van de verschillende professionals is opgenomen. Er is geen

aparte honorariumcomponent identificeerbaar in de GGZ DBC's. Door clustering zijn zo 150 behandelgroepen opgebouwd, die de gemiddelde behandeling in de ggz weergegeven. Daarnaast is voor de GGZ DBC's het besluit genomen om een integraal tarief voor de kosten van de instelling of praktijkvoering en het honorarium te hanteren. De honorariumcomponent van de behandelaar (cq de psychiater) in het DBC tarief is daardoor niet apart zichtbaar. Dit in tegenstelling tot de DBC's van de ziekenhuiszorg waar geldt dat het honorariumdeel separaat wordt bepaald door normtijd maal uurtarief. Voor GGZ DBC's zijn dergelijke normtijden niet beschikbaar. Het is dus ook niet mogelijk binnen de GGZ DBC's om voor een psychiater het honorariumdeel binnen de productgroepprijs terug te rekenen door deze tijd te vermenigvuldigen met het uurtarief.

Het normatieve uurtarief past daarmee niet binnen de DBC GGZ-systematiek en kan daarmee alleen gelden voor de curatieve somatische zorg,

(...)

Inkomensdaling

Ik krijg de indruk dat psychiaters zich zorgen maken dat de invoering van de DBC's in de GGZ tot een inkomensdaling zou kunnen leiden. Het uurtarief wordt hier dan als borg genoemd om de daling tegen te gaan. Ik zal de inkomenseffecten van invoering van DBC's in de GGZ monitoren, en indien nodig de tarieven aanpassen.

Kwaliteit en waardering

(...) Ik ben van mening dat de kwaliteit en efficiëntie van de behandeling mee moeten worden genomen in de contractering en financiële waardering van de zorg. Wanneer aantoonbaar betere kwaliteit of zwaardere cliënten worden geholpen, moet dit ook gewaardeerd kunnen worden, ongeacht wie de zorgverlener is. (...) Tevens speelt de claim dat zorgaanbieders verschillen in effectiviteit. Een behandeling van een psychiater zou daarmee in kortere tijd meer effect hebben. In een markt met vrije prijzen is dit verschil uit te onderhandelen met de zorgverzekeraar. (...)"

2.3.2 Bestreden besluit en nader standpunt van verweerster ten aanzien van deze geschilpunten

2.3.2.1 In het bestreden besluit heeft verweerster allereerst overwogen dat het tariefbesluit geheel conform de Beleidsregels CA-184 en CA-222 is vastgesteld, dat voorafgaande aan de totstandkoming van de beleidsregel CA-184 overleg is gevoerd met de sector, waaronder de Orde voor Medisch Specialisten, en dat deze zich akkoord heeft verklaard met de inhoud. Ten tijde van de totstandkoming van de Beleidsregels was er voorts geen aanwijzing dat de psychiaters zich niet konden vinden in de vaststelling van de tarieven, zodat er geen aanleiding is voor de veronderstelling dat het tariefbesluit moet worden heroverwogen.

Meer in het bijzonder met betrekking tot de bezwaren van de Orde heeft verweerster in het bestreden besluit het volgende overwogen:

"Allereerst is van belang vast te stellen dat de DBC-productstructuur een vertaling is van de verschillende kostenelementen bij de te verlenen zorg. Tevens is van belang dat een DBC een gemiddeld tarief is, waarbij rekening gehouden wordt met een mix van specialismen en professionals die in staat en bevoegd zijn de betreffende behandeling te bieden. Anders dan in zijn algemeenheid bij medisch specialisten in de somatische zorg kan in de psychiatrie de zorg verleend worden door verschillende disciplines, zoals psychiaters, GZ-psychologen en psychiatrisch verpleegkundigen. Dit gegeven en het feit dat bij de totstandkoming van de productstructuur die ten grondslag ligt aan de DBC-codering het uitgangspunt diende te gelden dat voor gelijke behandelingen gelijke tarieven dienen te gelden, heeft gevolgen gehad voor de vaststelling van het tarief.

De NZa is op grond van de huidige beschikbare gegevens van oordeel dat in voldoende mate rekening is gehouden met de kostenstructuur van de psychiater. Zoals blijkt uit de zich bij de stukken bevindende onderzoeksverslagen wordt uitgegaan van de mediaan van de loonkosten van een aantal koploperinstellingen (dat zijn instellingen die bij het kostprijsonderzoek betrokken waren) en van de zelfstandig gevestigde psychiaters. Bij deze telling is de kostprijs voor zelfstandig gevestigde psychiaters meegewogen als één instelling. De methodiek is mede

ingegeven door de hierboven vermelde keuze dat bij de vaststelling van een DBC-tarief niet doorslaggevend dient te zijn wie de behandeling aanbiedt, doch de soort behandeling.

In bezwaar is aangevoerd dat de vrijevestigd psychiater, die veelal alleen werkt, niet over mogelijkheden beschikt om verschillende personen in te zetten. Dit argument kan echter niet tot een ander besluit leiden. Van belang is dat in redelijkheid een belangenafweging kan worden gemaakt tussen enerzijds het belang van de psychiater zijn organisatie naar eigen inzicht in te richten en anderzijds het belang van de cliënt en de zorgverzekeraar kwalitatieve zorg tegen een betaalbare prijs te krijgen. Het ligt naar het oordeel van de NZa binnen de mogelijkheden van de zorgaanbieder om zijn eigen organisatie zodanig in te richten dat hij in voldoende mate inkomen kan genereren uit zijn onderneming, zodat in dat verband de belangen van de cliënt en de zorgverzekeraar zwaarder dienen te wegen.

Door de toepassing van de voornoemde uitgangpunten is op basis van ervaringscijfers een productstructuur opgezet, welke zijn voor 2008 geldende inhoud kreeg in Beleidsregel CA-184. Door de Orde wordt aangevoerd dat het bestreden besluit is gebaseerd op beleidsregels, waarvan de totstandkoming nog niet had kunnen plaatsvinden aangezien pas na die datum, op 9 januari 2008, de betreffende aanwijzing was gekomen. Dit is echter een misvatting. Zoals blijkt uit de voorgeschiedenis rond de vaststelling van de DBC's was van meet af aan evident dat de tarifiering in de GGZ op een andere wijze zou plaatsvinden dan in de overige specialistische zorg. Op 17 januari 2007, op het moment van ondertekening van de gezamenlijke verklaring van de Minister en de Orde inzake de vaststelling van het normatief uurtarief voor medisch specialisten, was bekend dat de productstructuur binnen de GGZ functiegericht zou zijn en dat dit gevolgen zou hebben voor de declaraties. Het bestreden besluit is dan ook niet tot stand gekomen als gevolg van de aanwijzing van de Minister van 23 juli 2007, doch is een logische volgende stap in het traject naar een declaratiesysteem op basis van DBC's. Dit is een ontwikkeling die al enige jaren geleden is ingezet en inmiddels had geresulteerd in beleidsregels en overige regelingen en waarbij zowel het Parlement als de beroepsgroep, door zowel de Minister als de NZa steeds tijdig en correct zijn geïnformeerd.

Door de Orde is aangevoerd dat het bestreden besluit in strijd is met de aanwijzing van 23 juli 2007. Aan de Orde kan worden toegegeven dat de redactie van de toelichting bij de aanwijzing voor onduidelijkheid zorgt. Dit neemt echter niet weg dat ook voor de Orde duidelijk was dat ten aanzien van de GGZ-DBC's specifieke afspraken waren gemaakt en dat de toelichting bij de aanwijzing niet in overeenstemming was met de eerdere in samenspraak met alle betrokken partijen opgezette productstructuur. Het is dan ook kennelijk om die reden dat de Minister een nader standpunt heeft geformuleerd in een herziene aanwijzing. Uit het feit dat de NZa de eigen regelgeving al had opgesteld (zie de Beleidsregel CA-184) en ook de beschikking voor de tarifiering op 20 december 2007 heeft vastgesteld zonder inachtneming van de aanwijzing van 23 juli 2007, kan worden opgemaakt dat ook voor de NZa evident was dat het gemiddelde normatieve uurtarief voor specialisten, zoals vastgesteld in juli 2007 en later in januari 2008, niet van invloed behoorde te zijn op de vaststelling van de productgroepen in de GGZ.

De stelling dat de NZa enkel de aanwijzing van 23 juli 2007 had moeten volgen snijdt enkel om het voorgaande reeds geen hout. Verder is van belang dat de Orde haar stelling, dat voormelde aanwijzing noopt tot toepassing van het specialistentarief, vooral baseert op een zinsnede in de toelichting bij de aanwijzing. Naar het oordeel van de NZa kan niet zonder meer worden gesteld dat met deze toelichting daadwerkelijk een aanwijzing is gegeven. Bovendien zou het opvolgen van de inhoud van de desbetreffende toelichting strijdig zijn met eerdere afspraken tussen de Minister en de sector en met de eerder vastgestelde Beleidsregels, zoals de Beleidsregel CA-184 (gepubliceerd op 17 juni 2007), zodat, als de Orde al moet worden gevolgd, op zijn minst moet worden vastgesteld dat de NZa op dit punt "moest kiezen tussen twee kwaden". In dat verband ligt voor de hand dat NZa is voortgegaan op de eerder in gang gezette ontwikkeling, zoals deze tot stand is gekomen in een lange rij van brieven, aanwijzingen en beleidsregels en niet heeft vertrouwd op een enkele mededeling in de toelichting bij de aanwijzing (die inmiddels op dat punt volledig is gecorrigeerd).

Door de Orde wordt tevens verwezen naar de toelichting bij de “Aanwijzing inzake afschaffen lumpsum externe honorering lokale initiatieven”. Blijkens deze toelichting heeft de Minister expliciet aangegeven dat de invoering van het stelsel van DBC-tarieven ook voor de psychiaters zal gelden. Uit deze uitlating kan echter niet worden geconcludeerd dat invoering van een DBC-stelsel voor zowel de geestelijke gezondheidszorg als in de somatische zorg werkzame medisch specialisten tot de conclusie zou dwingen dat deze beroepsgroepen op last van de Minister allen volgens een gelijk uurtarief dienen te declareren. Het feit dat de Minister in dat verband opmerkt dat het bereikte akkoord over het uurtarief met de medisch specialisten heeft geleid tot volledige invoering ervan per 1 januari 2008, kan ook niet leiden tot de gestelde conclusie, dat dus het uurtarief mede zou moeten gelden voor psychiaters.

Door de Orde is voorts aangevoerd dat tussen het Ministerie (de directeur-generaal Gezondheidszorg) en de Orde een overleg heeft plaatsgevonden, waarbij gesproken is over de consequenties van de invoering van een vast uurtarief voor alle beroepsgroepen. Dit zou volgens de Orde hebben geresulteerd in een voorstel dat in essentie er op neer komt dat de vastgestelde DBC's voor de GGZ worden aangepast aan het geldende uurtarief. De NZa stelt vast dat inzake de uurtarieven gesprekken hebben plaatsgevonden tussen het ministerie en de Orde, doch dat deze gesprekken niet hebben geleid tot aan de NZa bekend gemaakte concrete afspraken. Uit niets is gebleken dat de Minister is ingegaan op het voorstel van de Orde, wat juist een bevestiging lijkt te zijn voor de stelling dat de Minister het niet gewenst heeft geacht dat door het uurtarief voor medisch specialisten alle eerder in gang gezette afspraken voor de GGZ opnieuw aan de orde zouden moeten komen.”

2.3.2.2 In het verweerschrift heeft verweerster hier onder meer het volgende aan toegevoegd.

Voor zover bekend, is tijdens de ontwikkeling van het kostprijsmodel niet gebleken van zodanige bezwaren dat het model vanwege onvergelykbaarheid van GGZ-instellingen en praktijken van vrijgevestigde psychiaters aanpassing behoefde. Er mag worden aangenomen dat het kostprijsmodel een goede basis is voor de vastgestelde tarieven. Daarbij komt dat het verschil in kosten tussen een instelling en een praktijk van een vrijgevestigde psychiater niet in het nadeel van de vrijgevestigde hoeft te zijn. Een instelling heeft immers kosten die een psychiater niet heeft.

Wat er verder zij van gestelde verschillen in zorgzwaarte en cliëntenmix, waar appellanten ten onrechte aan voorbij gaan is dat voor de DBC's GGZ de aard van de verleende zorg bepalend is en niet de aard van de organisatie van de hulpverlener. In het huidige stelsel waarin beoogd wordt dat cliënten en zorgverzekeraars zorgaanbieders kiezen op basis van de verhouding prijs/kwaliteit, is het niet acceptabel als voor dezelfde zorg een andere prijs betaald zou moeten worden afhankelijk van het type hulpverlener. De landelijke werkgroep DBC-ontwikkeling heeft kennelijk geen zorginhoudelijke reden gezien om een dergelijk onderscheid wel te maken.

De beleidsregels waarmee de DBC-systematiek in de GGZ is vastgesteld zijn in overeenstemming met de wijze die is beoogd door de minister en de GGZ-sector. Dat blijkt uit de aanwijzing van de minister van 7 januari 2008 en uit de omstandigheid dat de eerste versie van de Beleidsregel Productstructuur DBC-GGZ, met overigens een vaste prijs per product, dateert van november 2006 en is gebaseerd op de productstructuur DBC-GGZ die door de projectorganisatie DBC is aangeleverd in mei 2006. De productstructuur DBC-GGZ moet worden beschouwd als een product van en voor de GGZ-sector. Uit de wijze en de volgtijdelijkheid van de totstandkoming van de DBC-GGZ, na totstandkoming van de DBC voor de curatieve somatische zorg (hierna: DBC-CSZ), moet worden afgeleid dat de onderlinge verschillen onder ogen zijn gezien en kennelijk bewust zijn aangebracht. Gelet op de verschillen tussen de sectoren kan verweerster dat goed plaatsen en heeft zij geen aanleiding gezien om bij de vaststelling van de beleidsregel productstructuur DBC-GGZ af te wijken van de door de landelijke werkgroep ontwikkelde structuur. Wanneer vrijgevestigde psychiaters op dezelfde voet

als medisch specialisten in de curatieve somatische zorg bekostigd hadden willen worden, hadden ze dat veel eerder moeten aangeven.

Voor DBC's is op basis van het kostprijsmodel een prijs vastgesteld die als adequaat te beschouwen is. Op grond daarvan heeft verweerster redelijkerwijs de tarieven kunnen vaststellen.

Met betrekking tot de argumenten die appellanten naar voren hebben gebracht naar aanleiding van de gezamenlijke verklaring van de minister en de Orde van 17 januari 2007 heeft verweerster het volgende naar voren gebracht. Appellanten kunnen aan deze verklaring geen argumenten ontlenen voor eenzelfde behandeling als curatieve medisch specialisten. Reeds uit de tekst van de verklaring blijkt dat deze geen betrekking kan hebben op vrijgevestigde psychiaters. Er wordt expliciet verwezen naar ziekenhuizen en er wordt evident verwezen naar de DBC-CSZ; alleen die DBC kent het onderscheid "A- en B-segment" en "honorariumdeel". Op het moment van de verklaring was de DBC-GGZ al ontwikkeld en de verschillen dus bekend. Uit geen enkel onderdeel van de verklaring blijkt dat beoogd is rekening te houden met de verschillen.

Uit de aanwijzing van 23 juli 2007 kan redelijkerwijs niet worden begrepen dat de uurtarieven die in het kader van de DBC-CSZ zijn vastgesteld, ook zouden gelden voor vrijgevestigde psychiaters. Die veronderstelling verhoudt zich niet met de historie, niet met de bestaande verschillen tussen de GGZ en de ziekenhuizen en niet met de verschillen tussen de DBC's CSZ en GGZ. Appellanten miskennen die verschillen, in het bijzonder het ontbreken van het honorariumdeel. In de curatieve zorg is een honorariumdeel noodzakelijk omdat medisch specialisten traditioneel vrijgevestigd zijn en honorarium ontvangen voor hun werkzaamheden. Dat is niet zo voor psychiaters in een GGZ-instelling; zij ontvangen een CAO-conform salaris. Als het standpunt van appellanten gevolgd zou worden, zou een onderscheid in instellingskosten en honorariumdeel nodig zijn. De noodzaak daartoe ziet verweerster niet. Het is van meet af aan duidelijk geweest dat de tarifiering in de GGZ op andere wijze zou plaatsvinden dan in de somatische zorg.

Overigens is het niet aannemelijk dat het onderbouwd normatief uurtarief ook voor de psychiaters zou moeten gelden. Naast de duidelijke focus op medisch specialisten in ziekenhuizen bij de totstandkoming van het uurtarief zijn er meer verschillen. Tot 1 januari 2008 brachten medisch specialisten en psychiaters verschillende tarieven in rekening. Psychiaters waren exclusief uitgezonderd van de werkingssfeer van de tariefbeschikkingen voor medisch specialisten en dat verschil bestond sinds jaar en dag.

Ook tussen medisch specialisten in loondienst (bij academische ziekenhuizen) en psychiaters in loondienst (bij GGZ-instellingen) bestaat een verschil in honorering op basis van de verschillende CAO's die van toepassing zijn (CAO-ziekenhuizen versus CAO-GGZ). In 2003 heeft het Hof Den Haag in verband met de honorering van psychiaters geoordeeld dat die CAO's niet gelijkgesteld kunnen worden. In de voorliggende procedure geldt eveneens dat vrijgevestigde psychiaters die GGZ-zorg verlenen en vrijgevestigde medisch specialisten geen gelijke gevallen zijn.

Er is geen aanleiding om op grond van 4:84 Awb af te wijken van de beleidsregels. Dat geen onderscheid wordt gemaakt tussen vrijgevestigden en GGZ-instellingspsychiaters en dat de DBC-GGZ systematiek geen onderscheid kent tussen instellingskosten en honorariumkosten zijn in de beleidsregels verdisconteerde omstandigheden.

2.3.2.3 Ter zitting van het College heeft verweerster hier het volgende aan toegevoegd.

In verband met hetgeen appellant sub 1 aanvoert, wijst verweerster erop dat geen onderdeel van de beleidsregels of tariefbeschikking eraan in de weg staat dat een patiënt door de huisarts rechtstreeks wordt doorverwezen naar een psychiater. Naar wie de huisarts doorverwijst – naar een vrijgevestigd psychiater of een GGZ-instelling – zal over het algemeen afhankelijk zijn van zorginhoudelijke overwegingen en de voorkeur van de patiënt. Verweerster betwist dat de DBC-GGZ systematiek eraan in de weg zou staan dat een patiënt wordt gezien, beoordeeld, gediagnosticeerd en/of behandeld door een psychiater. Het standpunt van appellant is niet goed te plaatsen nu zijn beroepsgenoten zelf de productstructuur hebben ontwikkeld en een blauwdruk hebben aangeleverd voor de indeling van DBC's in de diverse productgroepen. Verweerster constateert dat op dit punt kennelijk sprake is van uiteenlopende opvattingen binnen de

beroepsgroep van psychiaters. In de DBC-systematiek staat de aard van de verleende zorg centraal en niet door wie die zorg wordt verleend.

Voor zover appellanten sub 2 een beroep doen op de notulen van het Bestuurlijk Overleg Orde-VWS van 22 november 2007 en daaruit zouden willen afleiden dat het uurtarief voor medisch specialisten ook voor vrijgevestigde psychiaters zou gaan gelden, moet geconcludeerd worden dat dit niet heeft geleid tot een toezegging van de minister, een verzoek of aanwijzing aan verweerster de beleidsregels DBC-GGZ te wijzigen. Het besluit van de minister van ruim een maand later onderstreept dat er van een gerechtvaardigde verwachting geen sprake is. De gewijzigde aanwijzing verduidelijkt en versterkt het bestaande onderscheid in bekostiging tussen curatieve somatische geneeskundige zorg en de curatieve GGZ.

De verklaring van 17 januari 2007 heeft geen betrekking op psychiaters. Naast het reeds in dit verband aangevoerde, geldt dat verwezen wordt naar de AMS-regeling: de arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten in ziekenhuizen. Ook wordt verwezen naar ziekenhuizen, daar verstaat men in het gewone spraakgebruik niet GGZ-instellingen onder. Ten derde wordt gerefereerd aan overleg met Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Dat is de branche-organisatie van de algemene ziekenhuizen, niet van de GGZ-instellingen (dat is GGZ-Nederland). Ook valt op dat alleen de Orde en niet de NVvP partij is bij de overeenkomst.

2.3.3 Standpunt van appellant sub 1 ten aanzien van deze geschilpunten

Appellant sub 1 stelt allereerst reeds in bezwaar te hebben aangevoerd dat de specifieke productstructuur van de DBC-GGZ de psychiater en daarmee de patiënt met psychiatrische aandoening discrimineert ten opzichte van de overige medisch specialisten respectievelijk overige patiënten. Op dit punt heeft verweerster niet gereageerd.

Ten aanzien van die productstructuur geldt voorts het volgende. De psychiater (vrije beroepsbeoefenaar) heeft in tegenstelling tot de overige medisch specialisten geen eigen DBC en het daarmee verbonden alleenrecht op het openen van een DBC. Hij moet zich ondergeschikt maken aan de DBC-GGZ. Binnen de productstructuur DBC-GGZ is volstrekt niet inzichtelijk in hoeverre psychiaters bij behandelingen betrokken (blijven) worden en is er grote spanning tussen de richtlijnen van de beroepsgroep en de financiële druk van de zorgverzekeraars en instellingen om de duurste discipline – de psychiater – zo min mogelijk of helemaal niet in te zetten.

De productstructuur is bovendien in strijd met tuchtrechtelijke en civielrechtelijke jurisprudentie inzake de betrokkenheid van de psychiater bij diagnostiek en behandeling. Een – zelfstandige – DBC-psychiatrie is praktisch ook haalbaar.

Door de invoering van de productstructuur, die mede de behandeling van psychologen, psychotherapeuten en (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen omvat, worden psychiaters in hun dienstverlening gemarginaliseerd. In de instellingen hebben de psychiaters geen invloed op de onderhandelingen door het management en wordt er grote druk op hen uitgeoefend om goedkoop, en dus in strijd met de professionele standaard te werken.

De besluitvorming inzake het uurtarief is in strijd met de algemene beginselen van behoorlijk bestuur. De gewekte verwachtingen (geformaliseerd door de minister) zijn niet nagekomen, de psychiater wordt achtergesteld en in de vaststelling van het uurtarief van (andere) medisch specialisten is verdisconteerd dat ook de psychiater het uurtarief medisch specialist zou krijgen.

De toegankelijkheid van zorg voor patiënten met een psychiatrische aandoening is ernstig belemmerd. Daar waar overige patiënten na een verwijzing door huisarts direct toegang hebben tot de medisch specialist, wordt de patiënt met een psychiatrische aandoening verwezen naar de GGZ. De GGZ is niet helder, voldoet niet aan de beroepenregistratie conform de wet BIG en is eigenlijk alleen een financieringsstructuur zonder zorginhoudelijke kwaliteitscriteria. De verwezen patiënt heeft recht op een medisch-specialistisch onderzoek, maar de financieringsstructuur van DBC-GGZ garandeert niet meer dan een specifieke psycho-sociale ondersteuning. Deze demedicalisering schaadt de patiënt en kan levensbedreigend zijn.

Omdat de gezondheidszorg een publieke aangelegenheid is, dient de betalingsstructuur van de zorg via wetgeving geregeld te worden. De totstandkoming van de tariefbeschikking en daarmee verbonden de vaststelling van de productstructuur DBC-GGZ zijn volstrekt ondoorzichtig.

Ter zitting van het College heeft appellant sub 1 hieraan toegevoegd dat alleen een DBC-psiatrie conform de regels van de DBC voor curatief somatische zorg de rechten van patiënt en specialist waarborgt.

Ten onrechte ontkent verweerster dat de DBC-GGZ beslissend is voor de betrokkenheid van de psychiater. De DBC-GGZ bepaalt immers dat voor psychiatrische patiënten de psychiater niet verplicht is.

De stelling van verweerster dat geen sprake is van demedicalisering door de DBC-GGZ, omdat de beleidsregel niets bepaalt over welke hulpverlener de geïndiceerde zorg verleent en dat slechts gekozen is voor een andere – namelijk aandoeningsgerichte in plaats van functiegerichte – bekostigingssystematiek dan in de DBC-SCZ vanwege het ontbreken van een honorariumdeel in de DBC-GGZ, bevestigt dat door de DBC-GGZ de verschillen tussen psychiaters en andere medisch specialisten worden verdiept.

Ten slotte is de bewering dat de beroepsgroep ingestemd heeft met de DBC-GGZ onjuist. Er is door de Orde en de NVvP direct bij invoering geprotesteerd.

2.3.4 Standpunt van appellanten sub 2 ten aanzien van deze geschilpunten

Appellanten sub 2 betogen, deels onder verwijzing naar hun bezwaarschrift, dat vrijgevestigde psychiaters geenszins de mediane kostprijs (van € 136,28) kunnen ontvangen voor hun werkzaamheden, terwijl GGZ-instellingen op grond van de tariefbeschikking de kosten van de bij hen in loondienst werkzame psychiaters tegen die mediane kostprijs vergoed krijgen. Die kostprijs is verwerkt in de kostprijsgegevens van de GGZ-instellingen, welke gegevens ten grondslag zijn gelegd aan de tarieven. De tarieven zijn immers opgebouwd uit de mediane kostprijzen van de activiteiten en verrichtingen waaruit de DBC's zijn opgebouwd.

Dat de vrijgevestigde psychiaters de mediane kostprijs niet kunnen ontvangen, is het gevolg van de omstandigheid dat de kostenstructuur, cliëntenmix en zorgzwaarte voor psychiaters vrij beroepsbeoefenaren (zgp-ers en paaz-psychiaters) wezenlijk afwijkt van die van GGZ-instellingen, terwijl het uurtarief op basis van Beleidsregel Productstructuur in overwegende mate gebaseerd is op de kostenstructuur van GGZ-instellingen.

De Beleidsregel Productstructuur vermeldt dat de bedragen waar mogelijk zijn opgebouwd uit de mediane kostprijzen van de onderliggende activiteiten en verrichtingen die deel uitmaken van de DBC-gegevens uit de Centrale Gegevens Analyse Omgeving (CGAO) in het kader van het project DBC-GGZ. Het ontwikkelde kostenmodel is toegespitst op GGZ-instellingen. Er wordt uitgegaan van vier directe kostendragers, waaronder de in de GGZ werkzame behandelaars (uiteenvallend in psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en anderen); ten tweede de verblijfsdagen van de patiënten in de GGZ-instelling (gecategoriseerd naar soort); ten derde, de dagbesteding van de patiënten in de GGZ-instelling (onder meer sociale activiteiten, activering, educatie, arbeidsmatig); ten vierde de bijzondere verrichtingen in de GGZ-instelling (elektroshock). Daarnaast zijn er specifieke en indirecte kosten voor bestuur en beheer (administratie en registratie, facilitaire zaken, overige ondersteuning en producten in de GGZ-instellingen). Deze indirecte kosten worden volgens een verdeelsleutel aan de vier directe kostendragers toegedeeld.

Van de psychiaters vrij beroepsbeoefenaren zijn kostprijsgegevens verzameld aan de hand van een vereenvoudigd kostprijsmodel en in de berekening van de tarieven meegewogen als de kostprijsgegevens van één GGZ-instelling. De kostprijzen zijn derhalve voornamelijk – voor ongeveer 90% – gebaseerd op de kostprijsgegevens van GGZ-instellingen en slechts in geringe mate op de kostprijsgegevens van de psychiaters vrij beroepsbeoefenaren. In bezwaar, waarnaar in beroep verwezen wordt, is in dit verband gewezen op de omstandigheid dat, vanwege deze invalshoek, de kostprijs van een psychiater maar een klein deel uitmaakt van de onderbouwing van het GGZ-instellingstarief en daarin beperkt meeweegt, terwijl zelfstandig gevestigde psychiaters op basis van hun cliëntenmix de door hen verleende zorg voor 100% moeten

meewegen omdat zij die zorg geheel zelf verlenen. Bij een gemiddelde en een hoge tijdsbesteding per DBC is het voor een vrijgevestigde psychiater niet mogelijk om de mediane kostprijs te behalen.

De kostenstructuur van GGZ-instellingen en psychiaters vrij beroepsbeoefenaren verschilt op dezelfde wijze als de kostenstructuur van een algemeen ziekenhuis met die van een medisch specialist die praktijk aan huis heeft. De kostenstructuren van GGZ-instellingen en paaz-psychiaters verhouden zich tot elkaar als die van een algemeen ziekenhuis met die van een medisch specialist vrij beroepsbeoefenaar die intramuraal werkzaam is. Het verschil in cliëntenmix wordt veroorzaakt door het feit dat GGZ-instellingen naast psychiaters ook andere, minder hoog opgeleide en minder kostende hulpverleners in dienst hebben, zoals psychotherapeuten, psychologen, maatschappelijk werkenden en psychiatrisch verpleegkundigen. Daarnaast komt bij GGZ-instellingen een andere cliëntenmix met een gemiddeld lichtere zorgzwaarte terecht dan bij de psychiaters vrije beroepsbeoefenaren.

Ter zitting hebben appellanten sub 2 er – zoals reeds in bezwaar – op gewezen dat door het prijskaartje dat aan de DBC's is gehangen, psychiaters vrij beroepsbeoefenaren een aanmerkelijk lagere honorering ontvangen dan andere medisch specialisten. Zij hebben daartoe gewezen op het bij de motivering van het bezwaarschrift overgelegde overzicht, waarin is aangegeven welk honorarium zgp-ers realiseren bij een minimum, gemiddelde en maximum tijdsbesteding per DBC. Gemiddeld vloeit uit de tariefbeschikking voort een uurtarief dat tientallen euro's beneden het normatief uurtarief van € 132,50 (niveau 2006) ligt.

Meer in het bijzonder met betrekking tot het normatief uurtarief is door appellanten sub 2 nog het volgende naar voren gebracht.

Psychiaters zijn nooit uitgesloten geweest van het voor medisch specialisten beoogde normatieve uurtarief, noch in de door verweersters rechtsvoorganger, het Ctg, gegeven onderbouwing, noch in de Regeling instelling van de Commissie onderbouwing normatief uurtarief medisch specialisten en het door deze commissie uitgebrachte advies van 20 september 2004. De gezamenlijke verklaring van de minister van VWS en de Orde van

17 januari 2007 maakt evenmin een uitzondering voor psychiaters. Hetzelfde geldt voor de brieven van 9 februari 2007, 13 juni 2007 en 11 juli 2007 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, waarmee de minister de Kamer op de hoogte heeft gesteld van de voorgenomen aanwijzingen ex artikel 7 Wmg inzake de invoering van het normatief uurtarief (9 februari 2007), diverse maatregelen waaronder de invoering van het normatief uurtarief (13 juni 2007) en de tarifiering van de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg. De diverse brieven van de minister hebben impliciet of expliciet betrekking op alle categorieën van medisch specialisten. In de definitieve aanwijzing van 23 juli 2007 wordt dat weer uitdrukkelijk vermeld.

Appellanten sub 2 wijzen ook op de aanwijzing van 5 september 2007 inzake het afschaffen van de lumpsumsystematiek waarin in de toelichting wordt opgemerkt dat de aanwijzing samenhangt met de invoering van de DBC-systematiek en wederom geldt voor invoering van alle categorieën medisch specialisten, inclusief de psychiaters. Nadat de aanwijzing van 23 juli 2007 was gegeven en de ter uitvoering daarvan benodigde beleidsregels werden voorbereid bleken de in de beleidsregels CA-121 en CA-184 vermelde kostprijzen/tarieven te laag om te kunnen voldoen aan het normatieve uurtarief van € 132,50 (niveau 2006).

In het overleg met ambtenaren van het Ministerie van VWS is nimmer ter discussie gesteld dat ook zgp'ers en paaz-psychiaters beloond moeten worden op het niveau van het normatief onderbouwd uurtarief. Eind november 2007 hebben Orde en de NVvP een schriftelijk voorstel bij het Ministerie ingediend om ten behoeve van de vrije beroepsbeoefenaren een aanvullend verrekentariaf vast te stellen bovenop het vast te stellen (maximum)tarief. Aan de hand van de CGAO-database van de Projectorganisatie DBC GGZ kan vastgesteld worden wat de gemiddelde tijdsbesteding per DBC in de zgp-praktijk is. Deze gemiddelde tijdsbesteding (alle directe en indirecte patiëntenuren) maal het normatief uurtarief leidt tot het juiste tarief. Het juiste tarief minus het maximumtarief vormt het verrekentariaf. Dit voorstel is geënt op de wijze waarop het honorarium van de somatische medisch specialisten in de DBC-systematiek wordt berekend en sluit aan bij het uitgangspunt voor de ontwikkeling van de DBC-systematiek, dat bij de ontwikkeling van het kostprijsmodel door de

Projectgroep DBC-GGZ als volgt is geformuleerd: “Het te ontwikkelen kostprijsmodel moet zoveel mogelijk aansluiten bij het model dat in DBC Zorg is ontwikkeld ten behoeve van de somatisch curatieve zorg (...). Met deze aansluiting wordt bewerkstelligd dat algemene ziekenhuizen (PAAZ) en universitaire medische centra zoveel mogelijk volgens één systeem kostprijzen kunnen berekenen. Afwijkingen van het model van DBC Zorg zijn uitsluitend gemotiveerd geoorloofd.”

Ten onrechte overweegt verweerster dat, anders dan bij medisch specialisten in de somatische zorg, de zorg in de psychiatrie door verschillende disciplines kan worden verleend en dat dit “gegeven” gevolgen heeft gehad voor de vaststelling van het tarief. In de somatiek wordt onder medisch-specialistische zorg niet de hulp van verpleegkundigen begrepen. Dat zou hetzelfde moeten zijn in de psychiatrie. De hulp van psychiatrische verpleegkundigen en GGZ-psychologen is ook geen medisch specialistische hulp.

De minister heeft op 7 januari 2008 zonder voorafgaande aankondiging aan de Orde en de NVvP een aanwijzing aan NZa gegeven waarin de geestelijke gezondheidszorg plotseling van het normatieve uurtarief wordt uitgesloten. In de toelichting bij de aanwijzing wordt gesteld dat uit de gezamenlijke verklaring van 17 januari 2007 zou blijken dat die is toegesneden op de geneeskundige somatische gezondheidszorg en op geen enkele wijze refereert aan de afspraken die gemaakt zijn bij de systematiek GGZ DBC's. Het is inderdaad zo dat de verklaring geen woord wijdt aan de systematiek van de GGZ DBC's, maar dat betekent niet dat de verklaring daar geen betrekking op had en al helemaal niet dat appellanten hadden moeten begrijpen dat de minister psychiaters van het normatief uurtarief wilde uitsluiten. Slechts de artikelen 4, 5 en 10 van de verklaring hebben betrekking op de situatie in de ziekenhuizen. Dat betekent niet dat de verklaring ook overigens uitsluitende werking voor ziekenhuizen heeft. Het normatief uurtarief geldt ook voor extramuralen in de somatische zorg. Paaz-psychiaters zijn bovendien intramuralen en in zoverre zijn de betreffende artikelen op hen van toepassing. De toepassing van het normatief uurtarief heeft geen ongewenste effecten voor de systematiek van de GGZ DBC's. Het brengt slechts mee dat voor de psychiaters vrije beroepsbeoefenaren een afwijkend tarief moet worden vastgesteld. Dat is niet merkwaardig en niet bezwaarlijk, gelet op de verschillen met de GGZ-instellingen wat betreft kostenstructuur, cliëntenmix en zorgzwaarte. De kosteneenheid (ter hoogte van € 136,28) die is vastgesteld voor de tijdsbesteding van psychiaters heeft betrekking op de psychiaters in loondienst die werkzaam zijn in de GGZ-instellingen. Maar daar zijn ook andere hulpverleners werkzaam en ook hun kosteneenheden en tijdsbesteding zijn in de tarieven verwerkt. Het normatief uurtarief is ook voor psychiaters vrij beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg eenvoudig te realiseren. De basisgegevens daarvoor zijn toegankelijk.

In zijn brief van 3 maart 2008 heeft de minister zijn standpunt nader uiteengezet. Het daarin opgenomen uitgangspunt van de minister dat een normatief uurtarief niet past in de GGZ-DBC-systematiek, had hij eerder kenbaar moeten maken. Indien het hanteren van het normatief uurtarief voor alle medisch specialisten – inclusief psychiaters vrije beroepsbeoefenaren – ertoe leidt dat een differentiatie van DBC-tarieven in de GGZ moet plaatsvinden: het zij zo. Het betoog van de minister over de ontwikkeling van GGZ DBC's is innerlijk tegenstrijdig. Er is terecht vermeld dat de tijdsbestedingsgegevens gebruikt zijn bij de berekening van de kostprijs van de GGZ-instellingen, maar in de CGAO-database waaruit die gegevens komen, bevinden zich ook de tijdsbestedingsgegevens van de psychiaters vrij beroepsbeoefenaren. Aan de hand van die gegevens kan dus voor de psychiaters vrij beroepsbeoefenaren – net als voor de overige medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren – een kostprijs worden berekend op grond van normtijd x uurtarief.

In het bestreden besluit stelt verweerster ten onrechte dat de Orde zich akkoord heeft verklaard met de inhoud van Beleidsregel CA-184 en dat er geen indicatie was dat de psychiaters het oneens zouden zijn. Appellanten sub 2 wijzen erop dat ten tijde van de vaststelling van de voorganger van Beleidsregel CA-184 (CA-121) in november 2006 nog geen overeenstemming was bereikt over het normatief uurtarief, maar toen in juni 2007 Beleidsregel CA-184 werd vastgesteld, was die overeenstemming er wel. Na de aanwijzing over de implementatie van het normatief uurtarief in juli 2007, verwachtten appellanten dat verweerster Beleidsregel CA-184 zou aanpassen. Omdat de afspraak over het normatief uurtarief met de minister was gemaakt, hebben

appellanten zich tot de minister gewend. Vervolgens verwachtten appellanten dat de minister in overleg met verweerster zou treden over uitvoering van de aanwijzing van 23 juli 2007. Kennelijk hield verweerster daar ook rekening mee, want op 29 oktober 2007 heeft verweerster Beleidsregel CA-222, Invoering DBC's in de geestelijke gezondheidszorg, vastgesteld en daarbij overwogen: "Overigens ligt er nog het punt van de extramuraal werkende vrijgevestigde psychiaters. Daarover loopt nog overleg met de Orde van Medisch Specialisten. De uitkomsten van dit overleg kunnen aanleiding zijn tot aanpassing van het besluit."

Verweerster had beleidsregel CA-184 aan dienen te passen en heeft niet kunnen overgaan tot vaststelling van tarieven op basis van die beleidsregel, nu deze in strijd was met (of beter: achterhaald door) de aanwijzing van 23 juli 2007. De tariefbeschikking is derhalve onrechtmatig. De aanwijzing van 8 januari 2008 is bovendien onrechtmatig jegens appellanten sub 2 wegens strijd met het vertrouwensbeginsel. Appellanten gaan er dan ook vanuit dat de aanwijzing van 23 juli 2007 van kracht is gebleven. Wat daar ook van zij, verweerster kan de afspraak tussen de minister en de Orde niet negeren.

Verweerster heeft de tweede bezwaargrond (psychiaters vrij beroepsbeoefenaren dienen het normatief uurtarief te ontvangen) ten onrechte en met ontoereikende argumenten verworpen en is niet ingegaan op de eerste bezwaargrond (ggz-instellingen krijgen de bij hen in loondienst werkzame psychiaters vergoed tegen de mediane kostprijs van € 136,28 per uur, maar psychiaters vrij beroepsbeoefenaren halen de mediane kostprijs voor psychiaters niet), noch op de derde en vierde bezwaargrond (budgettaire aspecten; de brief van 3 maart 2008). Ook in zoverre is het bestreden besluit ontoereikend gemotiveerd.

2.3.5 Beoordeling door het College

2.3.5.1 Het College begrijpt het standpunt van appellant sub 1 aldus dat de productstructuur de positie van de psychiater in een GGZ-instelling marginaliseert vanwege de onduidelijkheid over de betrokkenheid van de psychiater bij patiënten en de dreiging van minimalisatie van deze betrokkenheid ten gevolge van financiële druk van zorgverzekeraars en instellingen. Dit leidt, naar de mening van appellant sub 1, tot belemmering van de toegankelijkheid van de zorg voor psychiatrische patiënten.

Het College overweegt, onder verwijzing naar rubriek 2.3.1 van deze uitspraak, dat aan de invoering van de DBC-structuur in de geestelijke gezondheidszorg een jarenlang traject van overleg en ontwikkeling is vooraf gegaan, waarbij de koepelorganisaties en vertegenwoordigers van in de GGZ-sector werkzame beroepsgroepen alsmede de praktijk van die beroepsgroepen intensief is betrokken. Dit ontwikkelingstraject heeft uiteindelijk geresulteerd in de Aanwijzing van de minister van VWS van 15 oktober 2007 en de daarop gebaseerde beleidsregels van verweerster, in het bijzonder de Beleidsregels CA-222 en CA-184, waarmee de DBC-structuur per 1 januari 2008 is ingevoerd. De hierin neergelegde beleidsmatige keuzes dienen – en dan uitsluitend voor zover zij in verband staan met de bestreden tariefbeschikking – door het College met terughoudendheid te worden getoetst.

Appellant sub 1 heeft zijn bezwaren tegen de productstructuur die aan de tarifiering ten grondslag ligt in algemene termen geformuleerd, zonder verdere onderbouwing met concrete gegevens. Het is het College voorts niet gebleken dat de gestelde potentiële bedreiging voor de positie van de psychiater en voor de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg die appellant sub 1 beschrijft, ook door andere leden van de beroepsgroep als mogelijk gevolg van de invoering van de productstructuur is geïdentificeerd. Gelet hierop, en in het licht van de geboden terughoudende toetsing waar het beleidsmatige keuzes betreft, ziet het College in het door appellant sub 1 aangevoerde onvoldoende aanknopingspunten voor de conclusie dat de beleidskeuzes met betrekking tot de tariefstructuur rechtens onaanvaardbaar zijn, nog daargelaten of de in dit verband aangevoerde bezwaren in voldoende verband staan met de bestreden tariefbeschikking. Deze beroepgrond slaagt niet.

2.3.5.2 Appellanten sub 2 richten zich tegen de toepasselijkheid van de tariefbeschikking op vrijgevestigde psychiaters en stellen zich op het standpunt dat het normatief uurtarief voor medisch specialisten evenzeer dient te gelden voor de vrijgevestigde psychiaters, alsmede dat de maximumtarieven die volgen uit beleidsregel CA-184 niet toereikend zijn om de mediane kostprijs van vrijgevestigde psychiaters te dekken.

Ten aanzien van het normatief uurtarief overweegt het College als volgt.

Partijen verschillen van mening over de uitleg die gegeven moet worden aan de verklaring van de minister van VWS en de Orde van 17 januari 2007, mede gezien de aanwijzing van de minister van 23 juli 2007. De verklaring betreft, zoals onder 2.3.1 weergegeven, de vaststelling van het normatief uurtarief (€ 132,50, prijspeil 2006) voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren en de aankondiging van een aanwijzing van de minister aan verweerster om het betreffende tarief per 1 januari 2008 in te voeren voor medisch specialisten. Die aanwijzing is op 23 juli 2007 vastgesteld.

Het College overweegt hieromtrent als volgt.

Vaststaat dat vrijgevestigde psychiaters medisch specialisten zijn. Appellanten hebben terecht opgemerkt de vrijgevestigde psychiaters niet expliciet zijn uitgesloten van de werking van de verklaring en de aanwijzing.

Het normatief uurtarief is gebaseerd op de gemiddelde tijdsbesteding van de verschillende medisch specialisten per onderscheiden DBC voor curatieve somatische zorg. Tot die DBC's behoren niet de DBC's voor psychiatrische zorg. In 2001 is immers door de minister van VWS, de Orde, GGZ-Nederland, de NVvP en andere brancheverenigingen reeds gekozen voor de invoering van aparte DBC's in de gehele geestelijke gezondheidszorg. In mei 2002 is de sector hierover per brief geïnformeerd door de stuurgroep DBC-ontwikkeling, waarbij expliciet is vermeld dat het hier een aanpak betreft die zal gelden voor zowel de GGZ-instellingen als zelfstandige praktijken. Dit uitgangspunt is herhaald in het gezamenlijke plan van aanpak van 2003, waarin de hoofdlijnen van het DBC- en kostprijsmodel voor de GGZ zijn neergelegd. Ten behoeve van de vaststelling van de definitieve productstructuur zijn in 2004 kwalitatieve en kwantitatieve gegevens verzameld. Aan de registratie voor de gegevensverzameling is ook deelgenomen door vrij gevestigde psychiaters. In de eerste versie van de productstructuur DBC-GGZ eind 2005 is, naast de te onderscheiden GGZ DBC's, een eerste overzicht van kostprijs per DBC opgenomen. Er wordt daarin geen onderscheid gemaakt tussen instellingszorg en zorg door psychiaters zelfstandig beroepsbeoefenaars. In juli 2006 is de productstructuur DBC-GGZ definitief vastgesteld en gepubliceerd in een openbaar document. In dit document wordt evenmin een onderscheid gemaakt tussen instellings- en vrijgevestigde psychiaters. Op basis van dit document heeft verweerster in november 2006 prestatiebeschrijvingen vastgesteld in de vorm van Beleidsregel CA-121. Deze beleidsregel is ook van toepassing op vrijgevestigde psychiaters, zo blijkt uit artikel 2.2. Deze beleidsregel is vervangen door Beleidsregel CA-184, waarin de evaluatie en bijstelling in 2007 van de productstructuur is verwerkt. Ook die beleidsregel is expliciet van toepassing op tarifiering door vrijgevestigde psychiaters.

Parallel aan de ontwikkeling van de DBC-GGZ, de bijbehorende tarieven en uiteindelijk de Beleidsregel CA-184, is het normatief uurtarief medisch specialisten tot stand gekomen, met achtereenvolgens de gezamenlijke verklaring van minister van VWS en de Orde van 17 januari 2007, de aanwijzing van de minister van 23 juli 2007 tot invoering van een normatief uurtarief en de aanwijzing van de minister van 5 september 2007 tot afschaffen van de lumpsumsystematiek voor vrijgevestigde psychiaters en medisch specialisten. In de toelichting bij de aanwijzing van 23 juli 2007 wordt, zoals appellanten terecht opmerken, expliciet gerefereerd aan "de psychiatrie" in relatie tot de invoering van het normatief uurtarief voor medisch specialisten ("vanaf 1 januari 2008 één onderbouwd normatief tarief voor medisch specialistische zorg (inclusief psychiatrie) wordt ingevoerd").

In de door appellanten aangehaalde correspondentie met de Tweede Kamer in deze periode over het uurtarief voor medisch specialisten (9 februari 2007), de invoering van DBC's in de zorg (13 juni 2007) en de tarifiering tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (11 juli 2007) wordt geen verband gelegd tussen de zelfstandig gevestigde psychiaters en het normatief uurtarief. Uit de door appellanten aangehaalde correspondentie in de periode april – november 2007 over DBC-GGZ in het kader van het bestuurlijk overleg tussen de minister en de Orde blijkt dat de Orde zich

op het standpunt heeft gesteld dat vrijgevestigde psychiaters het normatief uurtarief dienen te ontvangen. Bij aanwijzing van 7 januari 2008 heeft de minister het uurtarief medisch specialisten hernieuwd vastgesteld en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg uitgesloten van het werkingsgebied van de aanwijzing. Bij brief van 3 maart 2008 heeft de minister ten slotte een toelichting gegeven op de hernieuwde vaststelling.

Naar het oordeel van het College volgt uit de hiervoor weergegeven geschiedenis van de totstandkoming van de DBC's GGZ, alsmede uit de structuur van de DBC's GGZ, die – in tegenstelling tot de DBC's CSZ, geen honorariumcomponent kent -, en voorts uit de omstandigheid dat in de verklaring van 17 januari 2007 aansluiting is gezocht bij in de curatieve somatische zorg gangbare terminologie (A- en B-segment) en uitgangspunten (arbeidsvoorwaardenregeling voor medisch specialisten), dat niet is beoogd het normatief uurtarief voor medisch specialisten voor vrijgevestigde psychiaters te laten gelden. Dit wordt bevestigd door de aanwijzing van 7 januari 2008 en de brief van de minister van 3 maart 2008. Aan de passage in de toelichting bij de aanwijzing van 23 juli 2007 dat overeengekomen is dat vanaf 1 januari 2008 één onderbouwd normatief uurtarief voor de medisch specialistische zorg wordt ingevoerd – waarbij tussen haakjes is vermeld "(inclusief psychiatrie)" – kan dan ook, naar het oordeel van het College, niet de betekenis worden toegekend die appellanten daaraan hechten. Aan deze passage, die overigens – naar verweerster niet betwist – uiterst ongelukkig is, kunnen appellanten, gezien de geschiedenis van de totstandkoming van de DBC's GGZ en CSZ en de verschillende structuur van deze bekostigingssystemen, dan ook geen recht dan wel gerechtvaardigde verwachting ontlenen tot een zodanige wijziging van de tariefbeschikking en de daaraan ten grondslag liggende beleidsregels dat dit voor vrijgevestigde psychiaters effectief leidt tot toepassing van het hier bedoelde normatief uurtarief. De notulen van het bestuurlijk overleg tussen de Orde en de minister (april – november 2007), waaruit blijkt dat de Orde zich herhaaldelijk op het standpunt stelt dat het normatief uurtarief ook geldt voor vrijgevestigde psychiaters, maken dit niet anders, nu een reactie van de minister in de vorm van een toezegging, verzoek of aanwijzing aan verweerster om de Beleidsregels CA-184 en CA-222 te wijzigen, is uitgebleven. Deze beroepsgrond slaagt niet.

2.3.5.3 Ten aanzien van de stelling van appellanten sub 2 dat de maximumtarieven – zoals volgend uit Beleidsregel CA-184 – niet toereikend zijn om de mediane kostprijs van vrijgevestigde psychiaters te dekken, overweegt het College als volgt.

In bezwaar hebben appellanten sub 2 gemotiveerd betoogd dat de vrijgevestigde psychiaters niet in staat zijn de mediane kostprijs van € 136,28 per uur te realiseren, omdat de wijze waarop de kostprijs van een psychiater is verwerkt in de DBC-bedragen is gebaseerd op de karakteristieken van de zorgverlening in GGZ-instellingen, terwijl de kostenstructuur, de cliëntenmix en de zorgzwaarte van vrijgevestigde psychiaters daarvan significant afwijkt. Zij hebben in bezwaar een overzicht overgelegd, waarin berekeningen zijn opgenomen over het honorarium dat zgp-ers en paaz-psychiaters per DBC realiseren bij een minimum, gemiddelde en maximumtijdbesteding per DBC. In dit overzicht zijn bedragen opgenomen die – sterk uitleenlopend per DBC – bij een gemiddelde tijdbesteding variëren van € 70,- tot € 143,- per uur en bij de meeste DBC's tussen de € 80,- en € 100,- per uur liggen. Het College geeft geen oordeel over de waarde die moet worden toegekend aan deze door appellanten sub 2 in bezwaar overgelegde inkomensberekeningen. Wel stelt het College vast dat die berekeningen een adstructie vormen van de gemotiveerde stellingen van appellanten over de inkomenseffecten van de DBC-systematiek.

Uit de eerste Onderhoudsversie van de Productstructuur DBC-GGZ van april 2007 – de basis voor Beleidsregel CA-184 – blijkt voorts dat slechts vier vrijgevestigde psychiaters kostprijsgegevens (waaronder uurtarieven) hebben aangeleverd naast 28 instellingen en dat de kostprijs van vrijgevestigde psychiaters als één instelling is meegenomen. Appellanten sub 2 hebben er bovendien op gewezen dat instellingen niet alleen de zorgverlening deels laten verrichten door andere deskundigen dan psychiaters, zodat lagere loonkosten aan de

orde zijn, maar ook over het algemeen cliënten met een lagere zorgbehoefte (zorgzwaarte) onder hun hoede krijgen dan vrijgevestigde psychiaters.

Met hetgeen appellanten sub 2 in bezwaar hebben aangevoerd, hebben zij naar het oordeel van het College aannemelijk gemaakt dat niet valt uit te sluiten dat de combinatie van de wijze waarop de kostprijs van de psychiater is verwerkt in het tarief (deze maakt daarvan, naar appellanten sub 2 stellen, slechts een klein deel uit) en de werkwijze van een vrijgevestigde psychiater (minder of geen gebruik van andere, goedkopere disciplines), alsmede het type cliënten van vrijgevestigde psychiaters, in de praktijk tot aanzienlijke inkomensdalingen van vrijgevestigde psychiaters leidt.

Verweerster heeft in het bestreden besluit de op dit punt door appellanten sub 2 aangevoerde bezwaren terzijde geschoven met de stelling dat het belang van de zorgverzekeraar om kwalitatieve zorg tegen een betaalbare prijs te verlenen opweegt tegen het belang van de vrijgevestigde psychiater om zijn organisatie naar eigen inzicht in te richten. Daaraan heeft verweerster, zonder enige motivering waarom dat zo zou zijn, toegevoegd dat het naar haar oordeel binnen de mogelijkheden van de zorgaanbieder ligt om zijn organisatie zodanig in te richten dat hij in voldoende mate inkomen kan genereren uit zijn onderneming, zodat in dat verband volgens verweerster de belangen van de cliënt en de zorgverzekeraar zwaarder dienen te wegen.

Het College acht deze reactie, in het licht van het vorenoverwogene, ontoereikend. Dat in de Wmg en met toepassing van de DBC-systematiek beoogd wordt dat cliënten en zorgverzekeraars zorgaanbieders kiezen op basis van de verhouding prijs/kwaliteit, laat onverlet dat verweerster er onder meer voor heeft te waken dat bij het realiseren van die doelstelling geen onevenredige gevolgen optreden voor degenen die daarbij rechtstreeks zijn betrokken. Dit betekent dat eventuele negatieve effecten van de invoering van de DBC-systematiek op het inkomen van – in dit geval – de vrijgevestigde psychiater dienen te worden vermeden, voor zover die het gevolg zijn van een ontbreken in de tariefstructuur van een voldoende onderscheid tussen zorg verleend door een GGZ-instelling en zorg verleend door een vrijgevestigde psychiater, en er voor dat ontbreken geen duidelijke noodzaak bestaat. Verweerster had dan ook in het door appellanten sub 2 in bezwaar aangevoerde aanleiding moeten zien nader onderzoek te doen naar de inkomenseffecten van de toepassing van de Beleidsregel CA-184 (door de tariefbeschikking) op vrij gevestigde psychiaters en zich een oordeel moeten vormen over de aanvaardbaarheid van die effecten. De omstandigheid dat verweerster niet eerder tijdens de besluitvorming signalen heeft ontvangen dat de vrijgevestigde psychiaters zich niet kunnen vinden in de vastgestelde regels voor de tarifiering, doet aan het voorgaande niet af. Uit het wettelijk systeem noch uit de wijze van samenstelling van de bij de besluitvorming betrokken projectgroepen volgt dat de (vrijgevestigde) psychiaters die aldus betrokken zijn geweest, bevoegd zouden zijn namens alle vrijgevestigde psychiaters te handelen.

Aan het vorenstaande doet evenmin af de op zichzelf niet onaannemelijke stelling van verweerster dat vrij gevestigde psychiaters doorgaans minder kosten hebben dan GGZ-instellingen, nu dat kostenverschil door verweerster niet is gekwantificeerd. Ook dit aspect had onderdeel moeten uitmaken van een onderzoek als hiervoor bedoeld.

Nu verweerster het hiervoor bedoelde onderzoek niet heeft uitgevoerd en een op basis daarvan gegeven motivering van de inkomenseffecten van de DBC-systematiek voor vrij gevestigde psychiaters ontbreekt, is het bestreden besluit onzorgvuldig voorbereid en niet deugdelijk gemotiveerd.

Deze beroepsgrond slaagt.

2.4 De verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden en verstrekken aan zorgverzekeraars

2.4.1 Grondslag van dit geschilpunt

Wettelijk kader

In de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) is voor zover hier van belang het volgende bepaald:

“Artikel 87

1. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten, bedoeld in artikel 11, heeft verleend, en die de kosten daarvan krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt, verstrekt die zorgverzekeraar of een door die zorgverzekeraar aangewezen persoon de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.
2. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten, bedoeld in artikel 11, heeft verleend en die de kosten daarvan bij de verzekerde in rekening brengt, verstrekt hem de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende zijn gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die voor zijn zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet.
3. De zorgaanbieder (...) verstrekt een door Onze Minister aangewezen persoon kosteloos bij ministeriële regeling omschreven, voor de uitvoering van deze wet noodzakelijke persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens.
(...)
5. Personen, werkzaam bij een zorgverzekeraar, bij een door de zorgverzekeraar aangewezen persoon als bedoeld in het eerste lid, of bij de door Onze Minister aangewezen persoon als bedoeld in het derde lid, voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, zijn verplicht tot geheimhouding van de gegevens als bedoeld in het eerste, tweede of derde lid, behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat.
6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald:
 - a. tot welke gegevens de verplichting, bedoeld in het eerste of tweede lid, zich in ieder geval uitstrekt;
 - b. op welke wijze gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden verwerkt;
 - c. volgens welke technische standaarden gegevensverwerking plaatsvindt;
 - d. aan welke beveiligingseisen gegevensverwerking voldoet;
 - e. in welke gevallen gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, verder mogen worden verwerkt met het oog op de uitvoering van de zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, voor zover deze gegevens niet worden gebruikt voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende verzekering en bovendien noodzakelijk zijn voor:
 - 1°. de betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van de zorgkosten aan een verzekerde;
 - 2°. de vaststelling van eigen bijdragen of nog openstaand verplicht of vrijwillig risico;
 - 3°. het uitoefenen van het verhaalsrecht; of
 - 4°. het verrichten van controle of fraudeonderzoek.”

In de Regeling zorgverzekering is voor zover hier van belang het volgende bepaald:

“Artikel 7.1

1. Als persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zorgverzekeringswet worden aangemerkt de in artikel 7.2 bedoelde persoonsgegevens.
2. Een zorgverzekeraar mag de in het eerste lid bedoelde gegevens gebruiken voor het verrichten van formele dan wel materiële controle ten behoeve van:
 - a. de geheel of gedeeltelijke betaling aan de zorgaanbieder;
 - b. de geheel of gedeeltelijke vergoeding aan een verzekerde van het in rekening gebrachte tarief voor aan een verzekerde geleverde prestatie;
 - c. de vaststelling van de eigen bijdrage van een verzekerde;
 - d. de vaststelling van een verplicht of vrijwillig eigen risico van een verzekerde;
 - e. het verrichten van fraudeonderzoek.

(...)

Artikel 7.2

De zorgverzekeraar beschikt ten behoeve van de in het voorgaande artikel aangegeven doelen en van de uitvoering van artikel 7.4a, over de volgende gegevens van de verzekerde:

- a. naam, adres, postcode, woonplaats;
- b. polisnummer, burgerservicenummer, of bij het ontbreken daarvan, sociaal-fiscaalnummer geslacht en geboortedatum;
- c. de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie;
- d. wanneer de prestatie is geleverd;
- e. het voor de geleverde prestatie in rekening gebrachte tarief;
- f. de gegevens die op grond van een declaratieregeling moeten worden verstrekt;
- g. de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van die verzekerde (...)

Artikel 7.3

De zorgaanbieder is verplicht de in artikel 7.2, onderdeel a tot en met g, bedoelde gegevens te verstrekken aan:

- a. de zorgverzekeraar, of een door die zorgverzekeraar daartoe aangewezen persoon, indien die zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt,
- b. de verzekerde, indien de zorgaanbieder het tarief voor de geleverde prestatie bij de verzekerde in rekening brengt.

Artikel 7.4

1. De zorgverzekeraar verricht de materiële controle en het fraudeonderzoek op de wijze zoals bij de gedragscode is vastgelegd.
2. De zorgaanbieder is verplicht zijn medewerking te verlenen aan de controle en het onderzoek als bedoeld in artikel 1."

In de Wmg is voor zover hier van belang het volgende bepaald:

"Artikel 7

1. Onze Minister kan de zorgautoriteit een algemene aanwijzing geven met betrekking tot:

(...)

c. de onderwerpen waaromtrent de zorgautoriteit ingevolge deze wet beleidsregels heeft vastgesteld of kan vaststellen.

2. Onze Minister kan in een aanwijzing als bedoeld in het eerste lid, onder c, bepalen dat de zorgautoriteit ambtshalve een tarief als bedoeld in artikel 57, vierde lid, onder a of b, of een prestatiebeschrijving vaststelt.

(...)

Artikel 35

1. Het is een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:

a. voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving op grond van artikel 56 is vastgesteld;

b. voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan op grond van artikel 56 is vastgesteld;

c. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie op grond van artikel 50 of 52 is vastgesteld;

d. dat niet ligt binnen de tariefruimte die op grond van artikel 54 voor de betrokken prestatie is vastgesteld;

e. anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is vastgesteld.

(...)

3. Het is een ziektekostenverzekeraar verboden een tarief als bedoeld in het eerste lid, te betalen of aan derden te vergoeden.

(...)

Artikel 37

De zorgautoriteit kan regels vaststellen, inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht.

Artikel 38

(...)

2. Zorgaanbieders brengen een tarief in rekening onder vermelding van de daarbijbehorende prestatiebeschrijving.

3. De zorgautoriteit kan nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders:

a. bekendmaken van tarieven;

b. specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.

(...)

Artikel 52

(...)

5. In gevallen waarin een beleidsregels als bedoel in artikel 57 dat vordert, stelt de zorgautoriteit ambtshalve een tarief vast.

(...)

Artikel 57

1. De zorgautoriteit stelt beleidsregels vast met betrekking tot:

(...)

b. het uitoefenen van de bevoegdheid om tarieven vast te stellen op grond van de artikelen 50 en 52;

(...)

3. De beleidsregels kunnen inhouden welke prestatiebeschrijving moet worden gehanteerd bij het in rekening brengen van een tarief.

4. De beleidsregels kunnen inhouden dat met betrekking tot het in rekening te brengen tarief sprake is van:

(...)

b. een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening wordt gebracht;

(...)

5. De beleidsregels kunnen inhouden dat de zorgautoriteit ambtshalve een tarief danwel een bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening wordt gebracht of een prestatiebeschrijving vaststelt.

6. De beleidsregels kunnen inhouden onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften en beperkingen voor in die regel te onderscheiden delen van een prestatie of geheel van prestaties daarbij nader aangegeven beleidsregels van toepassing zijn.

Artikel 60

(...)

3. Onder medische persoonsgegevens wordt in het kader van deze wet verstaan de persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in artikel 21 van de Wet bescherming persoonsgegevens.

Artikel 61

1. Een ieder is gehouden desgevraagd aan de zorgautoriteit of aan een daartoe door deze aangewezen persoon, verder in dit artikel aan te duiden als vrager, kosteloos en met inachtneming van het bepaalde krachtens artikel 65:

a. de gegevens en inlichtingen te verstrekken welke redelijkerwijs voor de uitvoering van deze wet van belang kunnen zijn;

(...)

Artikel 62

1. De zorgautoriteit kan, met inachtneming van het bepaalde krachtens artikel 65, regels stellen, inhoudende welke gegevens en inlichtingen regelmatig moeten worden verstrekt door de zorgaanbieders (...)

Artikel 67

1. Voor degene die op grond van deze wet gegevens en inlichtingen ontvangt, gelden dezelfde wettelijke voorschriften inzake geheimhouding van die gegevens en inlichtingen als voor degene die ze heeft verstrekt.
(...)

Artikel 68

1. De zorgautoriteit kan, met inachtneming van het bepaalde krachtens artikel 65, regels stellen, inhoudende aan wie daarbij te bepalen gegevens en inlichtingen als bedoeld in de artikelen 61 en 62, moeten worden verstrekt (...)
2. De regels, bedoeld in het eerste lid, kunnen ook inhouden de wijze waarop, de vorm waarin of door wie daarbij te bepalen gegevens en inlichtingen, waaronder medische persoonsgegevens, moeten worden bewerkt alvorens de bewerking moet worden verstrekt.

Artikel 68a

1. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg heeft verleend, en die daarvoor krachtens een door hem met de ziektekostenverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks een tarief bij die ziektekostenverzekeraar in rekening brengt, verstrekt die ziektekostenverzekeraar of een door die ziektekostenverzekeraar aangewezen persoon de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de ziektenkostenverzekering of van de wet, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.
2. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg heeft verleend en die daarvoor bij de verzekerde een tarief in rekening brengt, verstrekt hem de persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die voor zijn ziektekostenverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de ziektenkostenverzekering of van de wet.
3. Behoudens voor zover enig wettelijk voorschrift hen mededeling toestaat, zijn personen werkzaam bij een ziektekostenverzekeraar, bij een door de ziektekostenverzekeraar aangewezen persoon of bij een door Onze Minister aangewezen persoon als bedoeld in (...) artikel 87, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, voor wie niet reeds uit hoofde van ambt of beroep een geheimhoudingsplicht geldt, verplicht tot geheimhouding van persoonsgegevens van een verzekerde (...) die voor de ziektekostenverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van een ziektenkostenverzekering.
4. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald:
a. tot welke gegevens en tot welke categorie van ziektekostenverzekeraars (...) de verplichting bedoeld in het eerste of tweede lid, zich in ieder geval uitstrekt;
b. op welke wijze gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden verwerkt;
(...)
e. in welke gevallen gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, verder worden verwerkt met het oog op de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen, voor zover deze gegevens niet worden gebruikt voor het beoordelen door een ziektekostenverzekeraar (...) en bovendien noodzakelijk zijn voor:
1°. de betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde,
2°. de vaststelling van eigen bijdragen, nog openstaand eigen risico of een no-claimteruggave aan de verzekerde,
3°. het uitoefenen van het verhaalsrecht, of
4°. het verrichten van controle of fraudeonderzoek."

Feiten en omstandigheden

- Met het oog op de overheveling van de curatieve geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zvw, en de in verband daarmee voorgenomen invoering van de DBC-structuur in de lang ambulante trajecten in deze vorm van zorg, heeft overleg plaatsgevonden tussen het Ministerie van VWS en het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP).

- Het CBP heeft bij brief van 18 september 2006 aan het Ministerie bericht dat zij open staat voor de mogelijkheid dat - gezien de keuze van de wetgever voor een stelsel op basis van verzekering - in de GGZ niet in alle gevallen iedere vorm van diagnose-informatie op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar kan worden vermeden, maar dat zij de noodzaak daarvoor in het door het Ministerie ter beschikking gestelde dossier nog niet (volledig) heeft aangetroffen. In de brief vraagt het CBP zich af of niet, in plaats van de voorgestelde 14 diagnosehoofdgroepen, zou kunnen worden gewerkt met aanduidingen al naar gelang van de behandelduur van lang ambulante trajecten. In reactie op voormelde brief heeft het Ministerie bij brief van 13 november 2006 uiteengezet op welke gronden niet kan worden ingestemd met het daarin gedane voorstel van het CBP. Vervolgens heeft het CBP bij brief aan het Ministerie van 6 december 2006 onder meer het volgende meegedeeld:

" Uw brief bevat naar het oordeel van het CBP een afgewogen voorstel gebaseerd op een analyse van enerzijds de problemen in het huidige declaratiesysteem in de GGZ, die u wenst op te lossen, en anderzijds de (minimale) gegevens-verwerking die daarvoor noodzakelijk is. Daarbij heeft u de vraag, of de met de betreffende gegevensverwerking gepaard gaande inbreuk op de persoonlijke levenssfeer wordt gerechtvaardigd door de ernst en de omvang van de op te lossen problematiek, bevestigend beantwoord. Daarmee heeft u thans naar het oordeel van het CBP voldoende aannemelijk gemaakt dat de door u voorgestelde diagnose-informatie op de declaratie ten behoeve van de zorgverzekeraar noodzakelijk moet worden geacht binnen het nieuwe zorgstelsel. U merkt terecht op, dat VWS en CBP opnieuw overleg moeten voeren, indien u in de toekomst het vermelden van diagnose-informatie op de declaratie bij de kort ambulante trajecten en de klinische trajecten zou willen toestaan. Daarbij plaatst het CBP echter de volgende kanttekening. Uw huidige voorstel houdt een substantiële aantasting van de persoonlijke levenssfeer van de GGZ-patiënten in, waartegen de nu gestelde noodzaak maar net opweegt. Het CBP wijst u er daarom reeds nu op dat de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en het medisch beroepsgeheim niet of nauwelijks ruimte bieden voor verdere uitbreiding van vermelding van diagnose-informatie op de GGZ-declaratie en dat het CBP een eventuele uitbreiding in de toekomst daarom uiterst gereserveerd tegemoet zal zien."

- De gedragscode als bedoeld in artikel 7.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering is neergelegd in het Addendum Zorgverzekeraars bij de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens, waarvoor het CBP op 26 april 2006 een goedkeurende verklaring heeft afgegeven (Stcrt. 2 mei 2006, nr. 85). Het Addendum bevat specifieke gedragsregels voor zorgverzekeraars voor het omgaan met bijzondere persoonsgegevens, waaronder medische persoonsgegevens. De goedkeurende verklaring van het CBP gold formeel tot 4 februari 2008.

- In meergenoemde Beleidsregel CA-222 is voor zover van belang het volgende bepaald:

“ 1. Algemeen

a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden (voor zover het psychiaters betreft), zorgaanbieders die zorg leveren zoals psychotherapeuten die bieden, (academische) ziekenhuizen (voor zover het de psychiatrische afdelingen betreft en/of de polikliniek psychiatrie), GGZ-instellingen of zorgaanbieders die zorg leveren aan verzekerden met een psychiatrische aandoening.

(...)

2. Definities en begrippen

2.1 Diagnosebehandelingcombinatie

Diagnose behandeling combinatie: het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert.

(...)

2.2 DIS

Het DBC Informatie Systeem (DIS) is het centrale punt waar zorgaanbieders en zorgverzekeraars gegevens aanleveren in het kader van de DBC-systematiek.

2.3 MDS

De Minimale Data Set (MDS) is een standaard van gegevens naar inhoud en vorm. De MDS vormt de basis voor aanlevering van gegevens aan het DIS.

(...)

2.5 Typeringslijst DBC GGZ

Op basis van de typeringslijst DBC GGZ wordt per cliënt het zorgtype en de diagnose geregistreerd.

(...)

2.10 Productstructuur

Afgesloten DBC's worden gedeclareerd op basis van de productstructuur. De productstructuur is opgebouwd uit een tabel voor behandeling en een tabel voor verblijf. Aan de productstructuur zijn bedragen, declaratiecodes en productgroepcodes gekoppeld.

(...)

5. Beleidsregels en Regelingen in het kader van de invoering van de DBC's in de GGZ

Ten behoeve van de invoering van de DBC's in de geestelijke gezondheidszorg zijn de volgende (beleids)regels van toepassing:

- Beleidsregel Invoering DBC's in de GGZ
- Beleidsregel Productstructuur DBC's GGZ

(...)

- Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ;
- Regeling verplichte aanlevering en verspreiding Minimale Dataset GGZ
- Regeling AO/IC registratie en facturering DBC GGZ
- Regeling Instructie DBC-registratie GGZ waarvan onderdeel uitmaakt:
 - Spelregels DBC-registratie (...)
- Regeling DBC GGZ Validatie"

- In meergenoemde Beleidsregel CA-184 is voor zover van belang het volgende bepaald:

"1. Algemeen

a. Deze beleidsregel is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden (voor zover het psychiaters betreft), zorgaanbieders die zorg leveren zoals psychotherapeuten die bieden, ziekenhuizen en academische ziekenhuizen (voor zover het de psychiatrische afdelingen betreft), zorgaanbieders die zijn toegelaten voor zorg aan verzekerden met een psychiatrische aandoening of zorgaanbieders van wie de zorg is gericht op verzekerden met een psychiatrische aandoening.

(...)

2. Doel

2.1 De beleidsregel dient ter declaratie van de GGZ-productie in 2008.

De bekostiging van de instellingen, uitgezonderd nieuwe toetreders, zal in 2008 nog niet plaatsvinden op basis van de productstructuur DBC GGZ maar op basis van de geldende beleidsregels. (...)

2.2 In tegenstelling tot hetgeen hiervoor vermeld onder 2.1 geldt voor zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten en nieuwe toetreders dat met ingang van 2008 de declaratie tevens de bekostiging inhoudt. Voor deze zorgaanbieders zijn de tarieven maximumtarieven.

3. Productstructuur

3.1 De productstructuur is als bijlage bij deze beleidsregel gevoegd. De indeling in productgroepen en de daarbij vermelde bedragen zijn vastgesteld op basis van de door de Projectgroep DBC GGZ vastgestelde Productstructuur DBC GGZ gedateerd 20 april 2007."

- De onder punt 3.1 van Beleidsregel CA-184 bedoelde bijlage bevat een lijst met productgroepen met een daaraan gekoppeld tarief. Voor behandelingen vanaf 250 minuten zijn de productgroepen

in de volgende 14 hoofdgroepen verdeeld: aandachtstekort- en gedragsstoornissen; pervasieve ontwikkelingsstoornissen; overige stoornissen in de kindertijd; delirium, dementie en overige stoornissen; alcoholmisbruik/afhankelijkheid; overige aan een middel gebonden stoornissen; schizofrenie en andere psychotische stoornissen; depressieve stoornissen; bipolaire stoornissen en overige stemmingsstoornissen; angststoornissen; aanpassingsstoornissen; andere aandoeningen en problemen; restgroep diagnoses; persoonlijkheidsstoornissen.

- Verweerster heeft op grond van de artikelen 37 en 38 van de Wmg de Regeling Declaratiebepalingen DBC-GGZ vastgesteld, die van toepassing is op declaraties vanaf 1 januari 2008. Hierin is voor zover van belang het volgende bepaald:

“Artikel 2. Begripsbepalingen

(...)

2.5 DBC-prestatiecode

De twaalfcijferige code, die het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft. De code bestaat uit het samenstelsel van de codes van het zorgtype, de diagnoseclassificatie en de productgroepen voor verblijf en behandeling.

(...)

2.8 DBC-tarief

(...) Indien geen sprake is van verblijf, bestaat het DBC-tarief uitsluitend uit het bedrag dat is gekoppeld aan de productgroep voor behandeling. (...)

2.11 Lekenomschrijving

Een voor cliënten in niet medische terminologie verklarende omschrijving van het in rekening gebrachte DBC-tarief, zoals vastgesteld door de Projectgroep DBC GGZ.

(...)

Artikel 3. Doel

Het doel van de regeling is regels te stellen die in acht moeten worden genomen bij het declareren van DBC tarieven en verrekenbedragen. Ook wordt geregeld welke gegevens de factuur inzake de geleverde zorg minimaal moet bevatten.

(...)

Artikel 4. Declaratiebepalingen

4.1 Algemene toelichting

Voor de DBC-tarieven gelden prestatiebeschrijvingen met landelijke tarieven (A-segment) voorzien van een declaratiecode zoals vastgelegd in de Beleidsregel Productstructuur DBC GGZ. De zorgaanbieder declareert het DBC-tarief of voor zover van toepassing het met de zorgverzekeraar overeengekomen DBC-tarief. Voor een algemene toelichting op de DBC-registratie wordt verwezen naar de Regeling instructie DBC-registratie GGZ, die van toepassing was op het moment van het openen van de DBC. Alleen afgesloten DBC's die volgens deze regeling zijn getypeerd en zijn gevalideerd conform de Regeling DBC GGZ validatie kunnen worden gedeclareerd.

(...)

4.2.3 Aan wie wordt het DBC-tarief gedeclareerd?

Het DBC-tarief wordt gedeclareerd bij de cliënt of bij de ziektekostenverzekeraar.

(...)

Artikel 6. Gegevens op de factuur

Elke factuur dient naast de gebruikelijke informatie de volgende gegevens te bevatten:

(...)

6.6 DBC-prestatiecode

De specificatie van het geleverde zorgproduct. De DBC-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde DBC-dataset. Deze code bestaat uit 12 alfanumerieke posities, gevuld volgens de DBC-componenten: zorgtype, diagnoseclassificatie, productgroep voor verblijf en productgroep voor behandeling van de DBC-dataset (in deze volgorde). De diagnose-informatie op de factuur dient zich te beperken tot de 14 diagnose hoofdgroepen in uitsluitend de langdurige of intensieve behandelgroepen overeenkomstig de productsstructuur.

(...)

6.7 Lekenomschrijving

Op de factuur van de zorgaanbieder aan de cliënt wordt aan het DBC-tarief de lekenomschrijving van de geleverde zorg toegevoegd.”

- Verweerster heeft op grond van de artikelen 62 en 68 Wmg de Regeling Instructie DBC-registratie GGZ vastgesteld, waarvan artikel 4 verwijst naar de als bijlage bij die regeling behorende "Spelregels DBC- registratie Versie 2008, F1.0" zoals vastgesteld door de Projectgroep DBC GGZ. In deze spelregels is onder 3.3 bepaald dat de diagnoseclassificatie wordt vastgesteld op basis van alle assen van de DSM-IV-TR (het in de psychiatrie gebruikte systeem van diagnoseclassificatie).

2.4.2 Bestreden besluit en nader standpunt verweerster ten aanzien van dit geschilpunt

2.4.2.1 Ten aanzien van de door appellant sub 1 en appellanten sub 3 tot en met 8 aangevoerde bezwaren met betrekking tot de verplichting diagnose-informatie op declaraties te vermelden heeft verweerster in het bestreden besluit, onder meer, het volgende overwogen.

“Bij de invoering van de huidige DBC-structuur heeft de NZa uitvoering gegeven aan de aanwijzing van de minister van d.d. 5 september 2007. Bij de totstandkoming van de tariefstructuur is overleg geweest met het College Bescherming Persoonsgegevens. Dit college heeft bij brief van 6 december 2006, gericht aan het Ministerie, reeds bericht dat de huidige wijze van verwerken acceptabel is.

(...)

Door bezwaarden is aangevoerd dat de verplichtingen tot het leveren van informatie aan derden, in strijd zijn met de op psychiaters rustende geheimhoudingsplicht. Dit standpunt is echter onjuist. Van belang is dat op grond van artikel 67 Wmg de geheimhoudingsverplichting die geldt voor degene die de gegevens verstrekt evengoed geldend is voor de ontvanger van die informatie. Voorts is blijkens artikel 9 van de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP) het gebruik van gegevens niet onbegrensd. De wetgever heeft namelijk uitdrukkelijk overwogen dat de persoonsgegevens enkel mogen worden verwerkt op een wijze die verenigbaar is met de doeleinden waarvoor ze zijn verkregen. Daarbij dient blijkens artikel 9, tweede lid, WBP een duidelijk verband te zijn tussen het doel van de beoogde verwerking en het doel waarvoor de gegevens zijn verkregen. Hierdoor is naar het oordeel van de NZa in voldoende mate wettelijk gewaarborgd dat de gegevensverstrekking niet kan leiden tot onrechtmatig gebruik door de ontvanger.

(...)

Uit artikel 52 lid 6 in samenhang met artikel 51 lid 1 aanhef en onder a Wmg volgt dat de tariefbeschikking tevens een prestatiebeschrijving moet bevatten. Deze prestatiebeschrijvingen zijn opgenomen in Beleidsregel CA-184, waarnaar in de bestreden tariefbeschikking wordt verwezen. De prestatiebeschrijvingen beperken zich tot beknopte aanduidingen van de prestaties. De verplichting deze prestaties bij het declareren te vermelden is niet vervat in de bestreden tariefbeschikking. Deze verplichting vloeit rechtstreeks voort uit artikel 38 lid 2 Wmg, waar is bepaald dat zorgaanbieders een tarief in rekening brengen onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving. In het kader van een bezwaar tegen de tariefbeschikking kan derhalve geen bezwaar worden gemaakt tegen (...) de verplichting diagnose-informatie te verstrekken. Reeds hierom is het bezwaar op dit punt ongegrond.

Voor zover het bezwaar niet reeds op het voorgaande zou afstuiten, is de NZa van oordeel dat de verplichting ‘diagnose-informatie te verstekken’ niet in strijd is met het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Door (...) is aangevoerd dat de verplichting diagnose-informatie te verstrekken in strijd is met artikel 8 EVRM, aangezien de noodzaak ervan niet vaststaat. (...)

Van belang is dat bij de invoering van de DBC's niet de overheid de beschikking krijgt over medische informatie, doch de verzekeraar en DIS. De eerste heeft een redelijk belang als betaler, de tweede ontvangt enkel geanonimiseerde gegevens en daarbij kan om die reden niet worden gesproken over persoonsgegevens, zoals in de Wmg bedoeld.

Desondanks kan worden erkend dat met de verstrekking van persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar sprake is van een inmenging in de privésfeer van de betrokkene aangezien het de overheid is die de verplichting oplegt gegevens te verstrekken aan derden. Deze inmenging wordt bij wet gelegitimeerd in artikel 68a van de Wmg en artikel 87 Zvw. Op grond van die

bepalingen is de zorgaanbieder verplicht alle persoonsgegevens, inclusief gegevens betreffende iemands gezondheid, te verstrekken aan de zorgverzekeraar (...) en de verzekerde (...). Daarmee is de gegevensverwerking van de verzekeraar en in zoverre de inmenging in de privacy bij wet geregeld.

In alle redelijkheid kan worden volgehouden dat een dergelijke inmenging noodzakelijk en proportioneel is gelet op het feit dat de te verlenen zorg in beginsel als verzekerde zorg is aan te merken en onderdeel is van de door de maatschappij te betalen kosten voor de gezondheidszorg (al dan niet via de verzekeraar). (...). Bovendien is de maatregel proportioneel, zij bevat immers voldoende maatregelen ter bestrijding van misbruik van persoonsgegevens en de gegevensverstrekking van met name diagnoses is summier. Ook het CBP is blijkens haar brief aan het Ministerie die mening toegedaan. In dit verband is van belang dat het maken van onderscheid tussen verzekerde zorg en zorg die door de cliënt zelf wordt betaald (zelfbetalers), uit praktische overwegingen geen hanteerbaar onderscheid.

Door een aantal psychiaters is in dit verband aangevoerd dat door menselijke fouten gegevens kunnen worden misbruikt of in verkeerde handen terechtkomen. Daarbij is verwezen naar recente gebeurtenissen bij een zorgverzekeraar en van de Engelse overheid. Naar het oordeel van de NZa is in dit verband geen sprake van een dusdanige situatie dat elektronische gegevensverstrekking te allen tijde voorkomen zou moeten worden. Van belang hierbij is dat geen gevallen bekend zijn waarbij diagnosegegevens door onbevoegden zijn ingezien.

(...)

Door een aantal bezwaarde is aangevoerd dat de zorgvuldige behandeling van gegevens in het geding komt nu het Addendum Zorgverzekeringen niet is verlengd. (...) Het feit dat het Addendum Zorgverzekeraars is verlopen betekent echter niet dat deze niet meer wordt gehanteerd en evenmin betekent dit dat de zorgverzekeraars ten aanzien van de privacybescherming niet meer gehouden zijn aan hun wettelijke taken. De gedragscode en het bijbehorende Addendum zijn een vorm van zelfregulering waarin wettelijke voorschriften en taken zijn uitgewerkt. Er is geen enkele indicatie dat de zorgverzekeraars ten aanzien hiervan hun taken niet in voldoende mate zouden uitvoeren. (...).”

2.4.2.2 In het verweerschrift en ter zitting van het College heeft verweerster, onder meer, het volgende toegevoegd.

De beroepen zijn niet-ontvankelijk vanwege het ontbreken van procesbelang. Zelfs bij een eventuele gegrondverklaring van het beroep blijft de bij en krachtens artikel 87 Zvw en artikel 68a Wmg gegeven verplichting om de gegevens over de aan de verzekerde geleverde prestatie aan de zorgverzekeraar te verstrekken onverlet. Appellanten kunnen in deze procedure dan ook niet bereiken wat zij willen. In dit verband heeft verweerster ook gewezen op de verplichting krachtens artikel 38, tweede lid, Wmg en de Regeling Declaratiebepalingen DBC GGZ om diagnosegegevens op de factuur te vermelden, welke verplichting volgens verweerster voortvloeit uit de wet en niet uit de tariefbeschikking.

De geheimhoudingsplicht van de hulpverlener, neergelegd in artikel 7:457 BW, is niet absoluut. De hulpverlener mag inlichtingen over de patiënt verstrekken, mits deze hem daarvoor toestemming heeft gegeven. Die beperking geldt niet indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht, aldus de laatste volzin van artikel 7:457, eerste lid, BW. Deze uitzondering is hier van toepassing, omdat artikel 87 Zvw en artikel 68a Wmg verplichten tot het doorbreken van de geheimhoudingsplicht, voor zover het gaat om het verstrekken van bepaalde medische persoonsgegevens aan de zorgverzekeraar. Daarnaast mag in het geval de patiënt/verzekerde voor een naturaverzekering heeft gekozen uitgegaan worden van veronderstelde toestemming van de patiënt die ook op zichzelf de geheimhoudingsplicht doorbreekt. Immers, diens keuze voor een naturapolis brengt het verstrekken van gegevens aan zijn zorgverzekeraar met zich. De wettelijke basis voor registratie respectievelijk het vermelden van gegevens op de factuur is gelegen in de artikelen 62, 68 respectievelijk 38 Wmg. Hieruit volgt dat ook ten aanzien van deze fasen de hulpverleners zijn gelegitimeerd voor het doorbreken van het beroepsgeheim op grond van een wettelijke verplichting.

Met betrekking tot het beroep van appellanten op artikel 8 EVRM stelt verweerster zich primair op het standpunt dat deze bepaling niet rechtstreeks is in te roepen door hulpverleners, omdat hun privé-leven niet in het geding is. Het gaat om de persoonlijke levenssfeer van patiënten en die zijn in deze procedure geen procespartij. Voor het geval het College zou toekomen aan toetsing van de regelingen aan artikel 8 EVRM, kunnen de regelingen volgens verweerster die toets doorstaan. Aan de drie voorwaarden waaronder een inbreuk op het recht op privé-leven is gerechtvaardigd – de inbreuk is bij wet voorzien, dient een legitiem doel en is noodzakelijk in een democratische samenleving – is voldaan. In dit verband heeft verweerster onder meer het volgende aangevoerd. Bij de beoordeling van de noodzaak komt de wetgever een ruime ‘margin of appreciation’ toe, wat meebrengt dat een terughoudende rechterlijke toetsing geboden is. De verplichtingen op basis van artikel 38 Wmg en artikel 87 Zvw/artikel 68a Wmg zijn uitdrukking van een pressing social need en de wijze waarop die verplichtingen zijn uitgewerkt voldoet aan de eisen van proportionaliteit.

Een goede informatieverstrekking over prestaties, kwaliteit en kosten is wezenlijk in een zorgstelsel dat uitgaat van gereguleerde marktwerking. In dit stelsel oefenen zorgverzekeraars verschillende taken uit: zorginkoop en controle. Voor de zorginkooptaak moeten zij beschikken over inzicht in de kosten en over vergelijkbare informatie over de prijs/kwaliteitsverhouding van zorgaanbod en welk type zorg zij moeten inkopen. Om een werkelijke vergelijking mogelijk te maken moeten prestatiebeschrijvingen voldoen aan vier criteria: kostenhomogeniteit, medische herkenbaarheid, hanteerbaarheid en een reële tarief/prijsstelling. De DBC-structuur voldoet aan die criteria en is derhalve het instrument dat zorgverzekeraars in staat stelt hun zorginkooprol naar behoren te kunnen vervullen. Overigens mogen zorgverzekeraars op grond van het Addendum Zorverzekeraars voor hun zorginkooptaak alleen geanonimiseerde declaratie-informatie gebruiken. Overwogen is of met een grovere indeling dan de 14 diagnose-hoofdgroepen kon worden volstaan, maar dit stuitte op essentiële bezwaren, zoals in de brief van het Ministerie van 13 november 2006 aan het CBP is toegelicht. Het belangrijkste bezwaar is dat bij verdere indikking de verhouding tussen de prijs en de werkelijke kosten van de prestatie verbroken wordt. Van transparantie is in dat geval geen sprake meer. Bij de 14 hoofdgroepen is de diagnose dé factor die de aard en de omvang van de behandeling en daarmee de kosten bepaalt. Iets anders is er niet. De hoofdgroepen zijn zowel naar kosten als naar inhoud te onderscheiden om te kunnen integreren. Ook de in de psychiatrie gehanteerde classificatiemethode DSM-IV kent geen hoger abstractieniveau dan deze 14 groepen. Het onderscheidend vermogen van de diagnose is aangetoond bij de lang ambulante GGZ, maar niet bij de kortdurende ambulante trajecten. Bij declaraties voor DBC's in laatstgenoemde trajecten wordt dan ook geen diagnose-informatie verstrekt.

Ook de controletaak van de zorgverzekeraar zou onuitvoerbaar worden als te weinig gedifferentieerd wordt in diagnose-informatie. Het verstrekken van diagnoseclassificatie-informatie is een noodzakelijk middel om te kunnen vaststellen of de prestatie aan de verzekerde is geleverd, of het gaat om een prestatie die onder de polis valt en of juist wordt gedeclareerd. Noodzakelijk is dat de diagnose-informatie een voldoende onderscheidend vermogen heeft in relatie tot de uitgevoerde behandeling en de daarmee samenhangende kosten. In de huidige regeling is een balans bereikt tussen het goed kunnen uitvoeren door de zorgverzekeraar van zijn inkoop- en controletaken en het niet onnodig schaden van de privacy van de patiënt.

In de declaratiestructuur wordt terecht geen onderscheid gemaakt tussen patiënten van wie de kosten door de zorgverzekeraar worden vergoed (via natura of restitutie) en patiënten die hun behandeling zelf betalen. De Zvw gaat immers uit van een verzekeringsplicht, waarbij in beginsel iedere ingezetene hier te lande verzekerd is. Hierbij past niet het uitzonderen van bepaalde categorieën in de (beleids)regels.

Er is voorts een reeks waarborgen die erin voorziet dat de inbreuk op de privacy van de patiënt niet ingrijpender is dan strikt genomen noodzakelijk is. Verweerster wijst in dit verband op:

- de wettelijke begrenzing welke gegevens moeten worden verstrekt (artikel 87, zesde lid Zvw jo. hoofdstuk 7 van de Regeling zorgverzekering / artikel 68a Wmg)

- de wettelijke bepaling ten behoeve van welke doelen de gegevensverwerking plaatsvindt (artikel 7.1 Regeling zorgverzekering)
- het van toepassing verklaren van de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen (artikel 7.4 Regeling zorgverzekering)
- het door het CBP goedgekeurde Addendum Zorgverzekeraars dat voorziet in:
 - beperking van de kring van degenen die gegevens kunnen inzien;
 - beperking van verwerking: expliciete doelbinding en verbod gebruik voor andere doeleinden;
 - beperking van soorten gegevens;
 - zorgvuldigheidseisen: vertrouwelijke behandeling, protocol materiële controle;
 - trapsgewijze controle: van algemeen naar detailgegevens;
 - toepassing subsidiariteitsprincipe: als de controle ook mogelijk is zonder gebruikmaking van medische persoonsgegevens dan heeft die optie voorrang.

Daarnaast beschermt de wettelijke geheimhoudingsplicht voor medewerkers van zorgverzekeraars (artikel 87, vijfde lid, Zvw) en voor medewerkers van verweerster (artikel 67 Wmg) tegen onbevoegde kennisname én verstrekking aan anderen die daartoe door de wet- en regelgeving aangewezen zijn. De vrees van appellanten dat dit onvoldoende waarborgen biedt, deelt verweerster niet. Natuurlijk zijn er risico's, 100% garanties worden niet verstrekt, maar uit de onderzoeken van verweerster blijkt niet van geconcretiseerde risico's.

Verweerster benadrukt dat alleen patiëntgegevens aan derden worden verstrekt indien de patiënt een naturapolis heeft en de psychiater/psychotherapeut zijn prestatie op basis van een contract met de zorgverzekeraar rechtstreeks bij de verzekeraar in rekening brengt, en niet indien sprake is van een patiënt met een restitutiepolis of een zelfbetalende patiënt. In die gevallen wordt de rekening alleen aan de patiënt zelf verstuurd. Dat is ook het geval indien een patiënt met een naturapolis zich tot een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder wendt. De patiënt kan derhalve door het maken van keuzes rechtstreeks beïnvloeden aan wie de declaratie verzonden moet worden. De stelling van appellanten, die overigens op geen enkele manier aannemelijk is gemaakt, dat de DBC-systematiek de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg belemmert, moet dan ook worden verworpen.

De stelling van appellanten dat psychiatrische/psychotherapeutische behandeling vrijwel onmogelijk wordt gemaakt doordat "onbekende derden mede kennis verwerven van hetgeen zich in de spreekkamer voordoet", is onjuist. De zorgverzekeraar kan van niet méér kennisnemen dan de hoofddiagnosegroep, bijvoorbeeld "depressie". Van gegevens over de behandeling, laat staan individuele detailgegevens neemt de zorgverzekeraar geen kennis. Overigens kan de zorgverzekeraar een diagnose ook kennen wanneer hij aan de patiënt voorgeschreven medicijnen, zoals antidepressiva of antipsychotica, zou vergoeden. Dat het verstrekken van de voorgeschreven gegevens dusdanige invloed op de therapie zou hebben dat deze min of meer onmogelijk zou worden acht verweerster dan ook niet aannemelijk.

2.4.3 Standpunt appellanten ten aanzien van dit geschilpunt

Appellante sub 1 en appellanten 3 tot en met 8 hebben met betrekking tot de verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden – samengevat – het volgende aangevoerd.

De grondslag van de tariefbeschikking wordt gevormd door de Beleidsregel Productstructuur en de Beleidsregel Invoering. In de tariefbeschikking is bepaald welk tarief zorgaanbieders (maximaal) in rekening kunnen brengen voor de door hen geleverde prestatie. Deze prestaties worden echter pas in de Beleidsregel Productstructuur omschreven. Verder is de tariefbeschikking gebaseerd op de Beleidsregeling Invoering, waardoor de volgende fase van de invoering van DBC's in de geestelijke gezondheidszorg is ingezet. Zorgaanbieders zijn vanaf de datum van inwerkingtreding van de tariefbeschikking verplicht om overeenkomstig de DBC-systematiek te declareren. Uit vaste jurisprudentie volgt dat de rechtmatigheid van de beleidsregels en algemeen verbindende voorschriften waarop een beschikking berust, kan worden getoetst in de beroepsprocedure tegen die beschikking. Derhalve kunnen appellanten in de onderhavige procedure de rechtmatigheid van

de beleidsregels die ten grondslag liggen aan de tariefbeschikking, alsmede van de hierachter liggende regelgeving, aan de orde stellen.

De artikelen 87 Zvw en 68a Wmg bevatten een algemene verplichting voor zorgaanbieders om persoonsgegevens aan derden, waaronder de zorgverzekeraar te verstrekken, maar zien niet specifiek op de informatie die is opgenomen in de Beleidsregel Productstructuur en de daarop gebaseerde tariefbeschikking. Evenzo geeft artikel 38, tweede lid, Wmg een algemene verplichting voor de zorgaanbieder om de prestatiebeschrijving op de rekening te vermelden, maar is de inhoud van die prestatiebeschrijving pas in de Beleidsregel Productstructuur en de daarop gebaseerde tariefbeschikking uitgewerkt. Uit het voorgaande volgt dat de tariefbeschikking moet worden aangemerkt als een uitvoeringsbesluit van genoemde beleidsregels en wettelijke bepalingen. De onderhavige procedure strekt ertoe om de beleidsregels waarop de tariefbeschikking berust onverbindend te laten verklaren. Als appellanten hierin succesvol zijn zal de verplichting om de codes op de declaraties die corresponderen met de productgroepen voor behandeling en verblijf zoals opgenomen in de Beleidsregel productstructuur vervallen. Gelet op een en ander hebben appellanten wel degelijk een procesbelang bij hun beroep.

Appellanten achten de verplichting om medische gegevens over patiënten aan derden te verschaffen in strijd met de geheimhoudingsplicht van psychiaters en psychotherapeuten. In de geestelijke gezondheidszorg, waar patiënten hoge drempels moeten overwinnen om levensgeheimen en schaamtevolle eigenaardigheden aan de behandelaar toe te vertrouwen, is de beslotenheid van de therapeutische relatie een absolute voorwaarde. Aantasting van deze beslotenheid schaadt de kwaliteit van de psychiatrische en psychotherapeutische hulpverlening fundamenteel en maakt deze hulpverlening deels onmogelijk. Het belang van het beroepsgeheim heeft twee componenten: het individuele belang van de patiënt die een specifieke hulpvraag heeft en het algemene belang van vrije toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen. De individuele patiënt dient erop te kunnen vertrouwen dat de informatie die hij aan zijn hulpverlener toevertrouwt niet zonder zijn toestemming voor andere doeleinden wordt gebruikt of aan derden wordt verstrekt. De patiënt weet op die manier dat hij tegenover zijn hulpverlener volledige openheid kan betrachten, hetgeen voor een adequate behandeling van cruciaal belang kan zijn. In de geestelijke gezondheidszorg speelt dit individuele belang van de patiënt een nog veel grotere rol dan het in de somatische gezondheidszorg doorgaans al doet. Een hulpverlener in de GGZ heeft uit de aard van de aandoeningen waarvoor zijn hulp wordt ingeroepen veelal te maken met kwetsbare patiënten. Bovendien is vaak sprake van sociaal niet of slecht geaccepteerde ziektebeelden waarop nog steeds een groot taboe rust. Bij geestelijke aandoeningen vormt vertrouwelijkheid daarnaast een op zichzelf staand en uiterst belangrijk instrument in de behandeling. Alleen door het volledige vertrouwen van de patiënt te winnen en een sfeer te creëren waarbinnen een gevoel van absolute veiligheid wordt geboden, kan in veel gevallen pas een begin worden gemaakt met een succesvolle behandeling. Het is bovendien niet ongebruikelijk dat de hulpverlener het voor de behandeling van een bepaalde patiënt onwenselijk of mogelijk zelfs gevaarlijk acht de patiënt in een te vroeg stadium of op een verkeerd moment te confronteren met diagnose-informatie. Door appellanten sub 3 is in het bijzonder gewezen op de patiëntengroep vervolgd uit de Tweede Wereldoorlog bij wie het besef dat registratie van persoonsgegevens misbruikt kan worden sterk leeft en voor wie registratie in het kader van de DBC-systematiek als zeer bedreigend wordt ervaren.

Daarnaast is het algemene belang dat met het beroepsgeheim wordt gediend van grote betekenis. Het algemene belang van de zwijgplicht bestaat eruit dat iedereen zich vrijelijk voor hulp en bijstand tot een arts moet kunnen wenden zonder vrees voor openbaarmaking.

Appellanten wijzen erop dat de diagnose-informatie die aan ziektekostenverzekeraars moet worden verstrekt in handen komt van honderden, mogelijk duizenden medewerkers die toegang hebben tot de registraties en rekeningenadministraties. Uitlekken van deze gegevens door menselijke fouten of opzettelijk misbruik is niet uit te sluiten. Niet aannemelijk is dat deze medewerkers over de verkregen informatie altijd buiten de organisatie zullen zwijgen. De persoonlijke aansprakelijkheid van deze medewerkers is veelal niet (tucht-)rechtelijk te handhaven.

Ook kan de ziektekostenverzekeraar met deze gegevens op den duur een omvattend databestand over de betreffende verzekerde samenstellen waaruit vergaande conclusies kunnen worden getrokken. Voorts wijzen appellanten op de risico's van het inbreken door onbevoegden in elektronische databestanden.

Bij patiënten die de behandeling zelf betalen wordt weliswaar geen diagnose-informatie aan een ziektekostenverzekeraar doorgegeven, maar deze informatie moet wel op de declaratie worden vermeld. Dit heeft het aanzienlijke risico dat derden binnen de familiale of zakelijke kringen toegang krijgen tot zeer gevoelige informatie met betrekking tot de gezondheid.

Het beroepsgeheim kan slechts worden doorbroken door toestemming van de betrokkene, een valide wettelijke grondslag of zeer bijzondere omstandigheden. Voor verwerking van gegevens omtrent de gezondheid is op grond van artikel 23 Wbp de uitdrukkelijke toestemming van de betrokkene nodig. Hiervan is in dit geval geen sprake. Blijkens adviezen van het CBP uit 2004 kan veronderstelde toestemming slechts in uitzonderingsgevallen worden aangenomen, waarbij als voorwaarde geldt dat deze toestemming in het belang van de patiënt is. Onvoldoende voor doorbreking van het beroepsgeheim is dan ook, zoals verweester van opvatting is, dat een patiënt met een naturapolis impliciet toestemming zou hebben gegeven voor het verstrekken van gegevens aan de verzekeraar. Een dergelijke impliciete toestemming kan ook niet uit het Addendum Zorgverzekeraars worden afgeleid, nog daargelaten dat het goedkeuringsbesluit van het CBP over dit addendum op 4 februari 2008 is verlopen. Appellanten hebben voorts betoogd dat de wettelijke grondslag voor de gegevensverstrekking (artikel 87 Zvw voor de basisverzekering en artikel 68a Wmg voor de aanvullende verzekering) ontoereikend is om doorbreking van het beroepsgeheim te rechtvaardigen.

De tariefbeschikking en de achterliggende beleidsregels verplichten de zorgverlener voorts tot handelen in strijd met artikel 8 EVRM. Nu door de verplichting om diagnose-informatie op de nota's te vermelden ook derden buiten de behandelrelatie deze informatie onder ogen krijgen, lijdt het geen twijfel dat sprake is van een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer. Deze inbreuk voldoet volgens appellanten niet aan de in het tweede lid van dit verdragsartikel genoemde criteria waaronder een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer rechtmatig is.

In de eerste plaats is niet voldaan aan de voorwaarde dat de inbreuk bij wet is voorzien, omdat de artikelen 87 Zvw en artikel 68a Wmg en de daarop gebaseerde lagere regelgeving niet voldoen aan de eisen die artikel 8 hieraan stelt, onder meer omdat deze regels onvoldoende indicatie bieden van de omstandigheden waarin en de voorwaarden waaronder de overheid tot inmenging in het privé-leven mag overgaan.

In de tweede plaats is niet voldaan aan de voorwaarde dat de inbreuk op de privacy noodzakelijk is in een democratische samenleving. In het noodzakelijkheids criterium zijn de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit vervat. Met betrekking tot de proportionaliteit merken appellanten op dat het doel dat met de gegevensverstrekking is gediend volgens verweester een goed functionerend zorgstelsel is. Het privacy- en gezondheidsbelang van patiënten, een zwakke groep, mag echter niet wijken voor een economisch belang dat voornamelijk bestaat uit de mogelijkheid controles uit te oefenen op gedeclareerde zorg en om zorg goed in te kunnen kopen. Een eigen belang van de patiënt bij vermelding van de diagnose-informatie op de nota is er niet. Wat de patiënt wil weten is wat hij moet betalen of declareren en hoeveel behandelingen hij nog tegemoet kan zien. Bij de zelfbetalende patiënten ontbreekt de noodzaak om diagnose-informatie te vermelden volledig, want in dat geval is er geen sprake van een mogelijk algemeen economisch belang bij het vermelden van dergelijke informatie op de factuur. De privacy van patiënten en het beroepsgeheim van zorgaanbieders zijn ook bij zelfbetalende patiënten wel degelijk in het geding, nu het gaat om zeer gevoelige informatie en het risico bestaat dat de nota's onder ogen van derden komen.

In de derde plaats is niet voldaan aan de voorwaarde van subsidiariteit, te weten dat er geen andere methode mag bestaan waarmee dezelfde doelen kunnen worden nagestreefd, maar waarmee de inbreuk op de privacy kleiner is of niet bestaat. Tot 2008 bestond er binnen de geestelijke gezondheidszorg zo'n minder belastende methode. Deze methode hield in dat er door

de hulpverlener voor iedere patiënt een genuanceerde indicatiestelling werd gekoppeld aan een behandelplan. Voorafgaand aan de verdere behandeling werden indicatiestelling en behandelplan voorgelegd aan een regionale toetsingscommissie. Hiervoor werd door patiënten bewust, eenmalig en uitsluitend met het oog op deze toetsing, hun toestemming verleend. De toetsingscommissies waren onafhankelijk en de behandelaanvragen werden door BIG-geregistreerde psychotherapeuten op inhoudelijke gronden beoordeeld. Was door de toetsingscommissie eenmaal goedkeuring verleend, dan werd de zorgverzekeraar daarvan op de hoogte gesteld. De hulpverlener kon vervolgens – zonder specifieke diagnose-informatie op de declaraties op te nemen – de goedgekeurde behandeling bij de zorgverzekeraar declareren. Voor alle partijen (patiënten, hulpverleners en zorgverzekeraars) functioneerde dit systeem naar volle tevredenheid. De psychotherapeuten in de toetsingscommissies hadden een zelfstandig, functioneel beroepsgeheim en vervulden als vertrouwensarts een bemiddelende rol tussen hulpverleners en zorgverzekeraars. De inbreuk op de privacy van patiënten was met dit systeem zo klein mogelijk en voorts was de privacy optimaal gewaarborgd. Bij de invoering van de DBC-systematiek is deze methode echter geheel terzijde geschoven. In de onderbouwing van het verzoek van de minister van VWS aan het CBP om ook in de geestelijke gezondheidszorg DBC's op de declaraties te mogen vermelden, is geen enkele afweging gemaakt met betrekking tot mogelijk minder belastende procedures en is niet expliciet gerefereerd aan de systematiek die tot 2008 heeft bestaan voor vrij gevestigde psychotherapeuten. Hierdoor is er in de uiteindelijke goedkeuring door het CBP geen aandacht besteed aan minder belastende opties. Ook hebben appellanten in dit verband gewezen op de voor 2008 bestaande praktijk waarin declaraties van zelfstandig gevestigde psychiaters en psychotherapeuten met een machtiging van de patiënt en onder medisch beroepsgeheim werden ingediend bij een arts/medisch adviseur van de ziektekostenverzekeraar. Ten slotte zou volgens appellanten een systeem, waarin een uitzondering wordt gemaakt voor zelfbetalende patiënten, een minder inbreukmakend alternatief zijn dan het thans voorgeschreven systeem, waarin ook van deze patiënten diagnose-informatie op de nota moet worden vermeld.

2.4.4 Beoordeling door het College

2.4.4.1 Met betrekking tot de stelling van verweerster dat appellanten geen procesbelang hebben, omdat de verplichting om diagnose-gegevens op de declaratie te vermelden en aan de zorgverzekeraar te verstrekken voortvloeit uit wet- en regelgeving en niet uit de tariefbeschikking, overweegt het College als volgt.

De artikelen 87, eerste en tweede lid, Zvw en 68a, eerste en tweede lid, Wmg bevatten een algemene verplichting van zorgaanbieders om aan de zorgverzekeraar en de verzekerde de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, te verstrekken, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekering of de wet. In deze bepalingen is niet nader gespecificeerd welke persoonsgegevens noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekering of de wet.

Artikel 7.2 in samenhang met artikel 7.1 Regeling zorgverzekering bevat een uitwerking van de voor de uitvoering van de Zvw noodzakelijke persoonsgegevens. Daaronder vallen de prestatiebeschrijving van de aan de verzekerde geleverde prestatie (sub c), wanneer de prestatie is geleverd (sub e) en de gegevens die noodzakelijk zijn om vast te stellen of de prestatie behoort tot het verzekerde pakket van de verzekerde (sub g). Een verplichting om diagnose-informatie te verstrekken blijkt niet met zoveel woorden uit deze bepalingen.

Ingevolge artikel 68a, vierde lid, Wmg, kan bij ministeriële regeling worden bepaald, onder meer, tot welke gegevens de verplichting bedoeld in het eerste of tweede lid zich in ieder geval uitstrekt. Deze ministeriële regeling is niet opgesteld.

Artikel 38, tweede lid, Wmg, verplicht zorgaanbieders bij het in rekening brengen van een tarief de daarbij behorende prestatiebeschrijving te vermelden. Op grond van artikel 38, derde lid, kan verweerster nadere regels stellen betreffende het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen. Verweerster heeft dergelijke regels

vastgesteld in de Regeling Declaratiebepalingen DBC-GGZ die van toepassing is op declaraties van zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg vanaf 1 januari 2008. In artikel 6 van de Regeling is de verplichting neergelegd om op de factuur diagnose-informatie te vermelden in de vorm van een code die een van 14 diagnose hoofdgroepen weergeeft (6.6) en om op facturen van de zorgaanbieder aan de cliënt de lekenomschrijving van de geleverde zorg aan het DBC-tarief toe te voegen (6.7).

Daarnaast heeft verweerster op grond van de aanwijzing van de minister van VWS van 15 oktober 2007 diverse beleidsregels vastgesteld om per 1 januari 2008 in de geestelijke gezondheidszorg een op DBC's gebaseerde bekostigingssystematiek in te voeren, waaronder de Beleidsregel Invoering DBC-GGZ en de Beleidsregel Productstructuur. In punt 2.10 van de Beleidsregel Invoering DBC-GGZ is bepaald dat afgesloten DBC's worden gedeclareerd op basis van de productstructuur. Deze productstructuur is als bijlage bij de Beleidsregel Productstructuur gevoegd en bevat meergenoemde diagnose- hoofdgroepen met bijbehorende codes.

Het College stelt op grond van het voorgaande vast dat de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden en aan de zorgverzekeraar te verstrekken niet rechtstreeks voortvloeit uit de Zvw, de Regeling zorgverzekering of de Wmg – die slechts algemene verplichtingen bevatten, waaruit deze specifieke verplichting niet zonder meer valt af te leiden –, maar zijn neergelegd in voornoemde door verweerster vastgestelde (beleids)regels. In de tariefbeschikking is voorts vermeld dat maximaal de bedragen vermeld achter de desbetreffende productgroep zoals omschreven in de bijlage bij de Beleidsregel Productstructuur in rekening kunnen worden gebracht. Het College merkt voorts op dat de Regeling Declaratiebepalingen DBC-GGZ en de Beleidsregel Productstructuur uitsluitend als doelstelling hebben het geven van regels die bij het declareren van tarieven in acht moeten worden genomen en dan ook pas van betekenis voor appellanten zijn geworden nadat verweerster de tariefbeschikking had vastgesteld. Voorts is de in deze (beleids)regels neergelegde verplichting dat diagnose-informatie op de factuur moet worden vermeld, een noodzakelijke voorwaarde om een tarief te kunnen declareren. Er is, gelet op het voorgaande, een onlosmakelijke samenhang tussen de tariefbeschikking en voornoemde (beleids)regels, in die zin dat een zorgaanbieder slechts een tarief in rekening mag brengen indien hij dit conform de in de (beleids)regels voorgeschreven productstructuur declareert, met inbegrip van de vermelding van diagnose-informatie op de declaratie.

Gelet op het vorenstaande is de verplichting voor zorgaanbieders om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden en aan de zorgverzekeraar te verstrekken naar het oordeel van het College – op overigens moeilijk toegankelijke en weinig heldere wijze - in het leven geroepen door de tariefbeschikking, ook al is deze verplichting niet in de tariefbeschikking zelf verwoord maar in genoemde daaraan ten grondslag liggende (beleids)regels.

Volgens vaste jurisprudentie van het College (bijvoorbeeld de uitspraak van 29 januari 2009, AWB 08/30, www.rechtspraak.nl, LJN: BH3020) kan in een beroepsprocedure tegen een tariefbeschikking niet alleen worden beoordeeld of deze op zichzelf juist is en in overeenstemming met een beleidsregel of ministeriële aanwijzing waarop deze is gebaseerd, maar ook, bij wege van exceptieve toetsing, of de beleidsregel of aanwijzing verbindende kracht moet worden ontzegd omdat zij onrechtmatig zijn. In lijn met deze jurisprudentie kunnen appellanten in de onderhavige beroepsprocedure grieven aanvoeren en beoordeeld krijgen over de rechtmatigheid van de in de Regeling Declaratiebepalingen DBC-GGZ, de Beleidsregeling Invoering DBC-GGZ en de Beleidsregel Productstructuur vervatte verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden en aan de zorgverzekeraar te verstrekken. Appellanten hebben derhalve een procesbelang.

2.4.4.2 Verweerster heeft in het bestreden besluit, het verweerschrift en ter zitting van het College toegelicht welke doelen zijn gediend met de verplichting om diagnose-informatie op de declaratie te vermelden en aan de zorgverzekeraar te verstrekken. Deze verplichting moet volgens verweerster worden bezien in het licht van het belang van een goede informatieverstrekking over prestaties, kwaliteit en kosten, die wezenlijk is in een zorgstelsel dat uitgaat van gereguleerde

marktwerking. Meer in het bijzonder dient het verkrijgen van diagnose-informatie twee specifieke taken die zorgverzekeraars in dit stelsel vervullen: zorginkoop en controle van geleverde prestaties.

Verweerster heeft, onder verwijzing naar meergenoemde brief van het Ministerie van VWS van 13 november 2006, uiteengezet dat voor een goede vervulling van de zorginkooptaak de beschikbaarheid van diagnose-informatie op het niveau van de 14 hoofdgroepen van wezenlijk belang is. Daarbij speelt met name een rol dat bij lang ambulante behandeltrajecten de diagnose de belangrijkste, zo niet enige, factor is die de aard en omvang van de behandeling en daarmee van de kosten bepaalt. In het kader van de zorginkooptaak mogen zorgverzekeraars op grond van het Addendum Zorgverzekers alleen geanonimiseerde declaratie-informatie gebruiken.

Bij het uitvoeren van de controletaak door de zorgverzekeraar is beschikbaarheid van diagnose-informatie op het niveau van de 14 hoofdgroepen volgens verweerster noodzakelijk om te kunnen vaststellen of de prestatie aan de verzekerde is geleverd, of het gaat om een prestatie die onder de polis valt en of juist wordt gedeclareerd. De diagnose-informatie die in het kader van de controletaak wordt gebruikt is tot individuele verzekerden herleidbaar.

Naar het oordeel van het College heeft verweerster bovengenoemde belangen die zijn gediend bij de beschikbaarheid voor zorgverzekeraars van diagnose-informatie, voldoende aangetoond. Door appellanten worden deze belangen op zichzelf ook niet betwist.

2.4.4.3 Tegenover deze belangen staat dat het verstrekken aan zorgverzekeraars van diagnose-informatie over individuele patiënten inbreuk maakt op de medische privacy van deze patiënten. Appellanten hebben uitvoerig toegelicht welke bezwaren vanuit het perspectief van de patiënt, de behandeling en het beroepsgeheim van de behandelaar zijn verbonden aan het doorgeven van dergelijke informatie aan derden die niet bij de behandeling zijn betrokken. Naar het oordeel van het College zijn deze bezwaren zwaarwegend. Het gaat om diagnoses die de kern van het privéleven van de betrokken persoon raken, zodat informatie hierover zeer privacygevoelig is. Daar komt bij dat, zoals appellanten hebben betoogd, vertrouwelijkheid en geheimhouding bij de behandeling van psychische klachten van groot belang zijn. Het kunnen waarborgen daarvan is dan ook voor appellanten – ongeacht de door verweerster opgeworpen vraag of alleen door patiënten een beroep op artikel 8 EVRM kan worden gedaan – uit hoofde van het deugdelijk kunnen uitoefenen van hun beroepspraktijk, een zelfstandig bij de tariefbeschikking in aanmerking te nemen belang.

2.4.4.4 Niet in geschil is dat uit de DBC-prestatiecode die op de declaratie moet worden vermeld de diagnose, op het niveau van een van de 14 hoofdgroepen, eenvoudig is te herleiden. De declaraties worden, naar evenmin in geschil is, bij zorgverzekeraars in eerste instantie op administratieve afdelingen verwerkt door medewerkers die geen arts zijn en ook niet werken onder verantwoordelijkheid van een arts/medisch adviseur van de zorgverzekeraar. In het Addendum zorgverzekering is in punt 3.0 vermeld dat onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur niet valt het ontvangen en verwerken van declaratiegegevens. Als motivering hiervoor is gegeven dat het hier gaat om verwerking door medewerkers van gegevens betreffende de gezondheid met een min of meer administratief karakter, zodat het redelijk is dat dit niet onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur plaatsvindt. Het College stelt op grond van het voorgaande vast dat de diagnose-informatie op declaraties onder ogen komt van een, onbepaalde en mogelijk grote, groep medewerkers van de zorgverzekeraar voor wie geen medisch beroepsgeheim geldt en die niet onder de werking van het medisch tuchtrecht vallen.

2.4.4.5 Appellanten hebben er op gewezen dat tot 2008 werkwijzen bestonden, waarin door tussenkomst van regionale toetsingscommissies en medisch adviseurs van verzekeraars goedkeuring voor behandeling kon worden verleend en declaraties konden worden ingediend, waarbij diagnose-informatie uitsluitend onder ogen kwam van personen met een medisch beroepsgeheim en die onder de werking van het medisch tuchtrecht vallen. Volgens appellanten werkten deze systemen voor alle betrokkenen, met inbegrip van de zorgverzekeraars, bevredigend en werd de privacy van de patiënt hiermee zo min mogelijk aangetast. Het College overweegt dat deze werkwijzen, waarvan de beschrijving die door appellanten is gegeven door verweerster niet is betwist, een beduidend geringere aantasting van de medische privacy met zich brengen dan de

verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden, nu dergelijke informatie in deze werkwijzen met toestemming van de patiënt aan een beperkt aantal personen werd verstrekt, die een medisch beroepsgeheim hebben en tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn te stellen. Verweerster is in het bestreden besluit noch in haar verweerschrift of ter zitting van het College ingegaan op deze bestaande werkwijzen en op de vraag of deze onder het systeem van DBC-declaratie – zo nodig in aangepaste vorm – gehandhaafd zouden kunnen worden. Ook in meergenoemde brief van het Ministerie van VWS van 13 november 2006 aan het CBP zijn deze werkwijzen niet genoemd. Veeleer lijkt in deze brief, die ten grondslag lag aan de brief van het CBP van 6 december 2006, de vermelding van diagnose-informatie op declaraties een gegeven te zijn geweest, zonder dat alternatieven daarvoor in ogenschouw zijn genomen.

2.4.4.6 Het College onderkent het belang van beschikbaarheid van diagnose-informatie voor met name de uitvoering van de zorginkooptak en de controletaak van zorgverzekeraars. Verweerster heeft het College er evenwel niet van kunnen overtuigen dat dit de noodzaak meebrengt dat in alle gevallen, en dus ook in de door appellanten bedoelde gevallen, diagnose-informatie op declaraties wordt vermeld en onder ogen komt van personen voor wie geen medisch beroepsgeheim geldt en die niet onder medisch tuchtrecht vallen. Verweerster heeft in haar besluitvorming geen aandacht besteed aan de voor 2008 bestaande werkwijzen, waarin alleen diagnose-informatie werd verstrekt aan personen met een medisch beroepsgeheim. Naar het oordeel van het College valt niet in te zien dat niet ook onder het DBC-systeem in gevallen als aan de orde bij appellanten, een vergelijkbare wijze van vertrouwelijke kennisname mogelijk is, zonder dat daarbij de controletaak van de zorgverzekeraar of de gewenste categorisering van diagnose-informatie in diagnosegroepen – die ook van belang is voor de zorginkooptak, waarbij gebruik wordt gemaakt van geaggregeerde en geanonimiseerde diagnose-informatie – in het gedrang zouden hoeven te komen.

Het College overweegt voorts dat bij patiënten die de behandeling zelf betalen er geen belang is van zorgverzekeraars bij vermelding van diagnose-informatie op de declaratie. Welk ander belang bij deze categorie patiënten is gediend bij vermelding van diagnose-informatie op de declaratie, indien de patiënt daar zelf geen prijs op stelt, heeft verweerster niet duidelijk kunnen maken. Anderzijds zijn aan deze vermelding voor deze patiënten wel nadelen verbonden, onder meer vanwege het risico dat de informatie – in deze gevallen mede in de vorm van een lekenbeschrijving – buiten hun wil onder ogen van derden komt.

2.4.4.7 Het vorenstaande leidt het College tot de conclusie dat de belangenafweging die ten grondslag heeft gelegen aan de invoering van de verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars te verstrekken, onvolledig is geweest. Verweerster heeft verzuimd om – in het licht van de door appellanten aangevoerde belangen die zich keren tegen verstrekking van diagnose-informatie aan derden die niet bij de behandeling zijn betrokken – te onderzoeken of in afwijking van het algemene systeem van informatieverstrekking, voor gevallen als door appellanten bedoeld wijzen van informatieverstrekking aan zorgverzekeraars mogelijk zijn, die recht doen aan genoemde – zoals overwogen: zwaarwegende – belangen, en op basis van de uitkomsten van dat onderzoek de in het geding zijnde belangen opnieuw te overwegen, onder aanpassing zo nodig van de beleidsregels en overige regelgeving die aan de tariefbeschikking ten grondslag liggen. Gelet hierop is het bestreden besluit niet zorgvuldig voorbereid en ontoereikend gemotiveerd. Deze beroepsgrond slaagt.

2.5 Doorgeven van diagnose-informatie aan het DIS

2.5.1 Grondslag van dit geschilpunt

Voor de hier relevante wettelijke bepalingen, in het bijzonder artikel 87, derde lid, Zvw, artikel 61, eerste lid, 62, eerste lid, en 68, eerste en tweede lid, Wmg, verwijst het College naar rubriek 2.4.1 van deze uitspraak.

In meergenoemde Beleidsregel Invoering DBC-GGZ is bepaald dat ten behoeve van de invoering van de DBC's in de geestelijke gezondheidszorg, onder meer, van toepassing zijn de Regeling Instructie DBC-registratie GGZ, waarvan onderdeel uitmaken, onder meer, de Spelregels DBC-registratie, en de Regeling verplichte aanlevering en verspreiding Minimale Dataset GGZ.

De Regeling Instructie DBC-registratie GGZ, die door verweerster op grond van artikel 62 en 68 Wmg is vastgesteld, luidt voor zover van belang als volgt:

“ Artikel 3. Doel

De instructie DBC-registratie schrijft de zorgaanbieder voor welke gegevens op welke wijze moeten worden vastgelegd in het kader van de toepassing van de DBC's in de GGZ.

Artikel 4. Instructie

De instructie is neergeschreven in de "Spelregels DBC-registratie Versie 2008, F1.0" zoals vastgesteld door de Projectgroep DBC-GGZ. (...)

De DBC-registratie dient te worden gevoerd voor alle aan cliënten verleende op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg.”

In de Spelregels DBC-Registratie is in paragraaf 3.3 uitgewerkt dat de diagnoseclassificatie wordt vastgelegd op basis van alle assen van de DSM-IV-TR (het in de psychiatrie gebruikte systeem van diagnoseclassificatie).

De Regeling verplichte aanlevering en verspreiding Minimale Dataset GGZ ten behoeve van de NZa (nr. GG/NR-100.044; hierna: Regeling Minimale Dataset), die door verweerster op grond van artikel 62 en 68 Wmg is vastgesteld, luidt voor zover van belang als volgt:

“Artikel 2. Begripsbepalingen

In het vervolg van deze regeling wordt verstaan onder:

2.1 Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 van deze regeling.

2.2 MDS GGZ

De minimale dataset van gegevens als bedoeld in artikel 4 van deze regeling.

(...)

2.5 DIS

De onafhankelijke organisatie DBC-Informatiesysteem die (fysieke) diensten aanbiedt, te weten verzameling en opslag van gegevens, om de betrouwbaarheid – authenticiteit, integriteit en vertrouwelijkheid van gegevens – van elektronische gegevensuitwisseling te bevorderen.

(...)

Artikel 3. Doel

De verstrekking van de in artikel 4 bedoelde MDS-gegevens door de zorgaanbieders geschiedt ten behoeve van:

- a. het (door)ontwikkelen van de DBC-bekostigingssystematiek voor de op genezing gerichte GGZ-zorg, als gevolg van het besluit van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de aanspraken van de op genezing gerichte GGZ-zorg welke via de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) verzekerd zijn over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet.
- b. de voorbereiding van de uitvoering van de wettelijke taken met betrekking tot het onderhoud van de tot het DBC-systeem deeluitmakende prestatiebeschrijvingen of tarieven, teneinde de publieke belangen van de zorg te borgen. Hieronder mede begrepen de Wmg-taken op het gebied van tarifiering en budgettering.

Artikel 4. Inhoud Minimale Dataset GGZ

Het maandelijks verstrekken van MDS-gegevens door zorgaanbieders aan het DIS als bedoeld in artikel 6 betreft de gegevens in de navolgende tabel.

(...)

De persoonsidentificerende gegevens van cliënten worden geanonimiseerd of versleuteld aangeleverd zodat ze niet herleidbaar zijn naar individuele personen.

(...)

Artikel 6. Aanlevering MDS-gegevens aan DIS

1. Zorgaanbieders zijn verplicht eenmaal per maand de MDS GGZ-gegevens elektronisch (volgens een door het DIS vastgesteld format, inclusief technische velden en unieke sleutels ten behoeve van dataverwerking) aan het DIS te leveren conform de specificatie die is opgenomen in artikel 4. (...)

Artikel 10. Uitlevering MDS-gegevens aan NZa

Ten behoeve van het (door)ontwikkelen van de DBC-bekostigingssystematiek en de voorbereiding van de uitvoering van de wettelijke taken met betrekking tot het publiek onderhoud is het DIS gehouden de door de zorgaanbieders aangeleverde MDS-gegevens standaard maandelijks aan NZa te verstrekken zoals geaggregeerd en gespecificeerd in onderstaand overzicht: (...).

In de in artikel 4 opgenomen tabel zijn onder meer de volgende gegevens genoemd: unieke identificatie zorgaanbieder, pseudo-identiteit cliënt, zorgtype, zorgvraag (zorgverzwarende factoren), volledig diagnoseprofiel (DSM-IV), behandeling en activiteiten/producten.

In de toelichting bij de Regeling Minimale Dataset is onder meer het volgende vermeld:

“Het laten functioneren van de DBC-systematiek in de GGZ en het uitvoeren van de wettelijke taken door NZa vergt een betrouwbare, volledige en tijdige informatiestroom. De GGZ-aanbieders hebben in het kader van de beperking van administratieve lasten en uit oogpunt van doelmatigheid behoefte aan centrale aanlevering, verwerking en doorlevering van DBC-informatie.

(...)

Naast NZa hebben ook andere partijen behoefte aan informatie die in het kader van de DBC-systematiek door zorgaanbieders worden geregistreerd. De MDS-gegevens uit het DIS zijn niet verder bewerkt en worden, mede in het kader van vermindering van de enquêtedruk op zorgaanbieders, ook voor meerdere informatiefuncties gebruikt door partijen die daartoe op grond van hun wettelijke taken en onder voorwaarden gerechtigd zijn. Dit zijn het Centraal Bureau voor de Statistiek, het College voor zorgverzekeringen, Stichting DBC Onderhoud en het Ministerie van VWS (...).

In de brochure van de landelijke Projectorganisatie getiteld: “DBC’s: factureren doe je zo!” wordt nader uiteengezet dat de informatiestroom richting DIS gescheiden loopt van declaratie aan de zorgverzekeraar. In een bijlage van deze brochure is hierover het volgende vermeld:

“Aanlevering aan het DIS

Nadat een DBC is afgesloten, gevalideerd en toegekend aan een productgroep, volgt enerzijds de facturatie aan de zorgverzekeraar en de anderzijds de aanlevering aan het DBC Informatie Systeem (DIS). Dit zijn twee aparte informatiestromen. Vóór de introductie van de DBC systematiek moesten zorgaanbieders gegevens verstrekken aan allerlei instanties, zoals VWS, CBS, etc. Het DIS zal in de toekomst al deze gegevens ontvangen en doorsturen naar die instanties, die deze gegevens nodig hebben voor het uitvoeren van hun wettelijke taken. Het doel van het aanleveren van gegevens aan het DIS is dus anders dan het aanleveren van gegevens aan de zorgverzekeraar. Aanlevering van DBC gegevens aan het DIS vindt plaats voor alle 2e lijns curatieve GGZ patiënten (ook voor de patiënten die zelf betalen).”

2.5.2 Standpunt verweerster ten aanzien van dit geschilpunt

Verweerster is van mening dat het doorgeven van gegevens aan het DIS uit het oogpunt van de medische privacy en het beroepsgeheim van de behandelaar niet problematisch is, omdat het DIS enkel geanonimiseerde medische gegevens ontvangt, zodat niet gesproken kan worden over persoonsgegevens. Aangeleverd worden de eerste 4 cijfers van de postcode, de landcode, geboortjaar en geslacht. Die gegevens worden versleuteld tot een onleesbare reeks die niet te herleiden is naar de originele gegevens die ook al niet betrekking hadden op een identificeerbare persoon. Vertrouwelijke informatie uit de behandelkamer gaat niet naar het DIS en de angst van appellanten dat die informatie “op straat komt te liggen” is volgens verweerster dan ook niet reëel.

2.5.3 Standpunt appellanten ten aanzien van dit geschilpunt

Appellanten zijn van mening dat de noodzakelijke garantie dat geen medisch vertrouwelijke informatie over individuele patiënten in handen komt van derden bij aanlevering aan het DIS niet gegeven kan worden. Re-identificatie van de patiënt na pseudonomisering van de DIS-DBC door postcode, huisnummer en geboortejaar lijkt relatief eenvoudig. De kring van in aanmerking komende individuen wordt met deze data immers sterk beperkt. Ook lijkt er een aanzienlijk risico dat van een bekend natuurlijk persoon de bijbehorende gepseudonimiseerde DBC in de bestanden van het DIS kan worden opgespoord. Volgens appellanten hebben het Centraal Bureau voor de Statistiek en de Stichting Zorg TTP toegang tot inhoudelijke DBC-gegevens over individuele patiënten. Daarnaast wijzen appellanten op het risico dat de aan het DIS aangeleverde informatie door menselijke of softwarematige fouten of door hacking in handen van onbevoegden komt.

2.5.4 Beoordeling door het College

Het College ziet zich gesteld voor de vraag of de bestreden tariefbeschikking en de door die tariefbeschikking in het leven geroepen verplichtingen betrekking hebben op de verplichting om diagnose-informatie aan het DIS te leveren, waartegen appellanten zich verzetten. Het College overweegt dienaangaande als volgt. Blijkens artikel 3 van de Regeling Minimale Dataset is het doel van het verstrekken van gegevens aan het DIS gelegen in het (door)ontwikkelen van de DBC-bekostigingssystematiek en de (voorbereiding van de) uitvoering van wettelijke taken met betrekking tot het onderhoud van de van het DBC-systeem deeluitmakende prestatiebeschrijvingen of tarieven. Uit de toelichting blijkt dat het gaat om meerdere wettelijke taken van verschillende instanties, waarbij het DIS als centrale gegevensopslag fungeert. De informatieverstrekking aan het DIS heeft echter geen functie in het kader van het door zorgaanbieders declareren van tarieven bij zorgverzekeraars. Evenmin is het leveren van informatie door zorgaanbieders aan het DIS in juridische zin een voorwaarde voor vergoeding van declaraties. Gelet hierop is er naar het oordeel van het College geen verband tussen de tariefbeschikking en de verplichting om informatie aan het DIS te leveren. Dat mogelijk als gevolg van de wijze waarop de geautomatiseerde invoering en verwerking van de gegevens feitelijk de declaratie slechts kan worden ingediend indien de hier bedoelde gegevens aan het DIS zijn geleverd, kan hieraan niet afdoen. De bezwaren van appellanten tegen deze verplichting richten zich derhalve niet tegen de tariefbeschikking en kunnen door het College bij de beoordeling daarvan niet worden betrokken. Het College zal dan ook afzien van behandeling van deze bezwaren.

3. Slotsom

Het College komt – gelet op de conclusies die zijn getrokken in rubriek 2.3.5.3 en 2.4.4.7 – tot de slotsom dat de beroepen gegrond zijn en dat het besluit van verweerster van 7 augustus 2008, waarbij de bezwaren tegen de tariefbeschikking van 20 december 2007 ongegrond zijn verklaard, wegens strijd met artikel 3:2 en 7:12, eerste lid, Awb voor vernietiging in aanmerking komt. Verweerster dient opnieuw op de bezwaren te beslissen met inachtneming van deze uitspraak.

Het College overweegt voorts dat – in het licht van hetgeen in rubriek 2.4.4.2 tot en met 2.4.4.7 is overwogen over de in het geding zijnde belangen bij de verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars en cliënten te verschaffen – in afwachting van het in rubriek 2.4.4.7 bedoelde onderzoek en een daarop gebaseerde hernieuwde belangenafweging door verweerster, uitmondend in een nieuw besluit op bezwaar, de belangen van appellanten, voor zover zij handelen als vrij gevestigd psychiater of psychotherapeut, bij het niet verstrekken van deze informatie zodanig zwaarwegend zijn dat deze verplichting dient te worden opgeschort. Het College zal daarom met toepassing van artikel 8:72, vijfde lid, Awb een voorlopige voorziening treffen als hierna vermeld. Het College merkt daarbij, ter voorlichting van partijen, op dat deze voorlopige voorziening de overige verplichtingen die voortvloeien uit de tariefbeschikking van 20 december 2007 onverlet laat.

Het College acht termen aanwezig om verweerster met toepassing van artikel 8:75 Awb te veroordelen in de proceskosten van appellanten sub 2, 4 en 7, ter zake van de door hen gemaakte kosten van beroepsmatig verleende rechtsbijstand. Deze zijn met inachtneming van het Besluit proceskosten bestuursrecht voor appellanten sub 2 vastgesteld op € 644,- (één punt voor het indienen van het beroepschrift en één punt voor het verschijnen ter zitting, tegen een waarde van € 322,- per punt) en voor appellanten sub 4 en 7 gezamenlijk op € 644,- (één punt voor het indienen van het beroepschrift en één punt voor het verschijnen ter zitting, tegen een waarde van € 322,- per punt).

Daarnaast dient het door appellanten betaalde griffierecht te worden vergoed.

4. De beslissing

Het College

- verklaart de beroepen gegrond;
- vernietigt het besluit van verweerster van 7 augustus 2008;
- draagt verweerster op een nieuw besluit te nemen met inachtneming van deze uitspraak;
- treft de voorlopige voorziening dat voor appellanten, voor zover zij handelen als vrij gevestigde psychiater of psychotherapeut, de uit de tariefbeschikking van 20 december 2007 voortvloeiende verplichting om de in artikel 6.6 en 6.7 van de Regeling Declaratiebepalingen DBC-GGZ bedoelde diagnose-informatie en lekenomschrijving op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars en cliënten te verstrekken, wordt geschorst tot zes weken na het nemen van een nieuw besluit op bezwaar;
- veroordeelt verweerster in de proceskosten van appellanten sub 2 tot een bedrag van € 644,- (zegge: zeshonderdvierenveertig euro) en de proceskosten van appellanten sub 4 en 7 tot een bedrag van, gezamenlijk, € 644,- (zegge: zeshonderdvierenveertig euro);
- bepaalt dat verweerster aan appellanten het door hen betaalde griffierecht ad € 145,- (zegge: honderdvijfenveertig euro) voor appellanten sub 1, 3, 5, 6 en 8, en € 288,- (zegge: tweehonderdachtentachtig euro) voor appellanten 2, 4 en 7, vergoedt.

Aldus gewezen door mr. B. Verwayen, mr. M. van Duuren en mr. E. Dijt, in tegenwoordigheid van mr. A. Bruining als griffier, en uitgesproken in het openbaar op 2 augustus 2010.

w.g. B. Verwayen w.g. A. Bruining