

ECLI:NL:CBB:2010:BN3059

Instantie	College van Beroep voor het bedrijfsleven
Datum uitspraak	02-08-2010
Datum publicatie	02-08-2010
Zaaknummer	AWB 10/216
Rechtsgebieden	Bestuursrecht
Bijzondere kenmerken	Eerste aanleg - meervoudig Eerste en enige aanleg
Inhoudsindicatie	Aanwijzing, art. 76 Wet marktordening gezondheidszorg. Appellant, psychiater, behandelt alleen "zelfbetalers". Bezwaren tegen verplichte vermelding DBC-prestatiecode en daarin vervatte diagnose-informatie op de declaraties. Verwijzing naar LJN BN 3056. Aanwijzing in gegeven omstandigheden in strijd met art. 3:4 Awb opgelegd.
Wetsverwijzingen	Wet marktordening gezondheidszorg 76 Wet marktordening gezondheidszorg 35 Wet marktordening gezondheidszorg 37 Wet marktordening gezondheidszorg 38
Vindplaatsen	Rechtspraak.nl RZA 2010/115 ABkort 2010/292 JB 2010/227 P&I 2010, afl. 5, p. 249

Uitspraak

College van Beroep voor het bedrijfsleven

AWB 10/216 2 augustus 2010
13950

Uitspraak in de zaak van:

A, te B, appellant,
gemachtigden: mr. H.C. Lagrouw, mr. J.B. Schmaal en mr. H.H. de Vries,
advocaten te Amsterdam,
tegen
Nederlandse Zorgautoriteit, verweester,
gemachtigde: mr. A.C. de Die en mr. H.C. Schutrops, advocaten te s-Gravenhage.

1. De procedure

Verweester heeft appellant op 14 januari 2010 een aanwijzing gegeven als bedoeld in artikel 76 van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg) om per direct de geconstateerde overtreding van het gestelde bij en krachtens de artikelen 35, eerste lid, en 38, tweede en derde lid, Wmg te beëindigen door

verleende tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg nog uitsluitend in rekening te brengen in DBCs (diagnose behandeling combinaties) overeenkomstig bovengenoemde wet- en regelgeving.

Bij brief van 23 februari 2010, bij het College binnengekomen op 8 maart 2010, heeft appellant tegen voormeld besluit met instemming van verweerster rechtstreeks beroep ingesteld bij het College.

Op 12 maart 2010 heeft appellant zijn beroep aangevuld met gronden.

Op 19 maart 2010 heeft verweerster een verweerschrift ingediend.

Op 23 maart 2010 heeft het onderzoek ter zitting plaatsgehad, waarbij partijen bij monde van hun gemachtigden hun standpunt nader uiteen hebben gezet. Appellant is in persoon ter zitting verschenen en heeft daar het woord gevoerd. Verweerster was mede vertegenwoordigd door I.M. Lovisa, werkzaam bij verweerster.

2. De grondslag van het geschil

2.1 Ingevolge artikel 76 Wmg is verweerster bevoegd om ter handhaving van onder meer het bepaalde bij of krachtens de artikelen 35 en 38 Wmg een aanwijzing te geven, die erop is gericht dat aan het bepaalde bij of krachtens die artikelen wordt voldaan.

Artikel 35, eerste lid, Wmg bepaalt onder meer dat het een zorgaanbieder verboden is een tarief in rekening te brengen anders dan op de wijze die overeenkomstig deze wet is vastgesteld.

Ingevolge artikel 37 Wmg kan verweerster 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, tweede lid, Wmg bepaalt dat zorgaanbieders een tarief in rekening brengen onder vermelding van de daarbij behorende prestatiebeschrijving.

Ingevolge artikel 38, derde lid, Wmg kan verweerster nadere regels stellen betreffende, onder meer, het door zorgaanbieders specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen.

Verweerster heeft op grond van de artikelen 37 en 38 Wmg de Regeling Declaratiebepalingen DBC-GGZ vastgesteld. Hierin is uitgewerkt welke gegevens moeten worden vermeld op rekeningen die betrekking hebben op prestaties op het gebied van tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg. In artikel 6 van de Regeling is de verplichting neergelegd om op de factuur de diagnose te vermelden in de vorm van een code die één van 14 diagnose hoofdgroepen weergeeft (6.6) en op defactuur van de zorgaanbieder aan de cliënt de lekenomschrijving van de geleverde zorg aan het DBC-tarief toe te voegen (6.7).

2.2 In dit geschil wordt door het College uitgegaan van de volgende feiten en omstandigheden.

- Per 1 januari 2008 is de diagnose behandelingcombinatie (hierna: DBC) in de geestelijke gezondheidszorg ingevoerd.

- De Beleidsregel CA-184, Productstructuur DBC GGZ, en de Beleidsregel CA-222, Invoering DBCs in de geestelijke gezondheidszorg, zijn voor 2009 voor zover hier van belang ongewijzigd - opgevolgd door, onderscheidenlijk, Beleidsregel CI-1066, Productstructuur DBC GGZ 2009, en Beleidsregel CU-5002, Invoering DBCs in de geestelijke gezondheidszorg. Onder verwijzing naar de laatstgenoemde Beleidsregels heeft verweerster bij tariefbeschikking van 5 juni 2009 de door zorgaanbieders in de curatieve geestelijke gezondheidszorg over 2009 maximaal in rekening te brengen tarieven vastgesteld.

- Naar aanleiding van door haar ontvangen signalen heeft verweerster appellant bij brief van 26 juni 2009 aangekondigd een onderzoek in te stellen naar de naleving van artikel 35 Wmg door appellant. Appellant is daartoe op 15 juli 2009 gehoord door medewerkers van verweerster. Hij heeft daarbij - onder meer - het volgende verklaard:

" Ik ben afgestudeerd als psychiater cq. psychoanalyticus.

()

In 1980 ben ik mijn eigen praktijk begonnen op mijn woonadres in Amsterdam. Sinds de invoering van de regels rond de DBCs is die praktijk aan het verlopen. In verband met de gevoeligheden rond de privacy van mijn patiënten heb ik geen contracten met zorgverzekeraars afgesloten en declareer ik niet in DBCs, maar op basis van consulten. Mijn declaratiegedrag is ten opzichte van het verleden niet gewijzigd. Op de door mij opgemaakte declaraties is als omschrijving " individuele begeleiding" vermeld. Het betreft declaraties die door mij zijn opgemaakt naar aanleiding van psychotherapeutische behandelingen.

Ik declareer niet in DBCs vanwege mijn vrees voor schending van de privacy van mijn patiënten. Binnen de systematiek van DBCs worden gegevens aan Jan en Alleman doorgegeven en liggen ze op straat. ()

Ik heb de DBC-systematiek besproken met mijn patiënten. Het gevolg daarvan is geweest dat een deel van hen is weggelopen van mijn praktijk. Een groot deel van de patiënten is in de loop van het afgelopen jaar afgehaakt omdat hun zorgverzekeraar mijn declaraties niet vergoedt.

()

Sinds de zomer van 2008 ondertekenen de door mij behandelde patiënten op mijn verzoek een verklaring, waarin zij verklaren mijn declaraties zelf te zullen betalen en niet in te dienen bij een zorgverzekeraar en waarin ze mij verbieden om informatie met betrekking tot de behandeling door te geven aan derden.

()"

- Op 24 juli 2009 vond een tweede toezichtsbezoek aan appellant plaats. Daarbij heeft appellant aan de toezichthoudende ambtenaren van verweerster geanonimiseerde kopieën van door hem ingediende declaraties voor behandelingen verstrekt.

- Aan de hand van de door appellant verstrekte kopieën van declaraties en zijn verklaring heeft verweerster vastgesteld dat appellant tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg levert die valt onder de reikwijdte van de tariefbeschikking van 5 juni 2009, maar dat deze zorg niet wordt gedeclareerd in de vorm van DBCs.

- In verband daarmee heeft verweerster appellant bij brief van 5 november 2009 mededeling gedaan van zijn voornemen hem een aanwijzing als bedoeld in artikel 76 Wmg te geven. Appellant is uitgenodigd daarover zijn zienswijze te geven.

- Bij brief van 21 november 2009 heeft appellant op dit voornemen gereageerd.

- Vervolgens heeft verweerster bij besluit van 14 januari 2010 aan appellant de bestreden aanwijzing gegeven.

- Het College heeft heden uitspraak gedaan op beroepen, ingediend tegen de tariefbeschikking van 20 december 2007, waarbij verweerster de door zorgaanbieders in de curatieve geestelijke gezondheidszorg over 2008 in rekening te brengen tarieven heeft vastgesteld (Awb 08/695, 08/696, 08/701, 08/705, 08/709, 08/713, 08/715 en 08/724). In deze beroepen zijn, onder meer, gronden aangevoerd tegen de verplichting voor zorgaanbieders in de curatieve tweedelijns geestelijke gezondheidszorg om diagnose-informatie op door hen ingediende declaraties te vermelden. In verband met de inhoudelijke samenhang met die beroepen is in de onderhavige zaak op grond van artikel 7:1a Awb rechtstreeks beroep ingesteld, waarna alle beroepen op dezelfde zitting zijn behandeld.

3. Het bestreden besluit en het nadere standpunt van verweerster

In het bestreden besluit heeft verweerster - onder meer - het volgende overwogen.

Uit een door verweerster ingesteld onderzoek is gebleken dat het declaratiegedrag van appellant niet in overeenstemming is met hiervoor geldende bepalingen. Gebleken is dat appellant tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg verleent die valt onder de reikwijdte van de toepasselijke tariefbeschikking

voor 2009, doch hiervoor declareert zonder op de betreffende rekeningen de prestatiebeschrijvingen te vermelden die behoren tot de DBC-systematiek. In plaats daarvan brengt hij tarieven in rekening voor niet door verweerster vastgestelde prestatiebeschrijvingen, zoals individuele begeleiding, consult en psychotherapie.

Bij brief van 21 november 2009 heeft appellant zijn zienswijze gegeven. Deze hield kort samengevat in dat het declareren van DBCs in strijd zou zijn met het medisch beroepsgeheim en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. De privacy van de patiënt zou onvoldoende gewaarborgd zijn. Voor het declareren in DBCs acht appellant bovendien geen noodzaak aanwezig omdat zijn patiënten zelf voor de behandeling betalen.

Verweerster heeft verwezen naar de uitspraak van de voorzieningenrechter van het College van 25 november 2008 (AWB 08/697). De door appellant genoemde belangen en argumenten zijn in die zaak door de verzoekende partijen aan de orde gesteld. De voorzieningenrechter heeft daarin geen aanleiding gevonden om de plicht om in DBCs te declareren te schorsen. In die uitspraak is expliciet aangegeven dat voor zelfbetalers geen uitzondering hoeft te worden gemaakt.

Verweerster acht, mede gelet op voormelde uitspraak, de plicht om te declareren in DBCs niet in strijd met de door appellant genoemde regelgeving. Zij ziet dan ook geen aanleiding om van handhaving af te zien. Gelet op haar bevindingen geeft zij appellant op grond van artikel 76 Wmg een aanwijzing om per direct de geconstateerde overtreding van het gestelde bij en krachtens de artikelen 35, eerste lid, en artikel 38, tweede en derde lid, Wmg te beëindigen door verleende tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg nog uitsluitend in rekening te brengen in DBCs, conform de door verweerster genoemde wet- en regelgeving.

In het verweerschrift en ter zitting heeft verweerster daaraan, onder meer, nog het volgende toegevoegd.

Omdat appellant geen bezwaar en beroep heeft ingesteld tegen de tariefbeschikkingen over 2008 en 2009, staan deze tariefbeschikkingen voor hem inmiddels onherroepelijk vast. Dat brengt mee dat appellant geen procesbelang heeft bij zijn beroep, nu het door het door hem bestreden besluit, de aanwijzing van 14 januari 2010, betrekking heeft op de naleving van een rechtmatige tariefbeschikking. Appellant dient daarom niet-ontvankelijk te worden verklaard in zijn beroep.

Indien en voor zover er overigens van moet worden uitgegaan dat Stichting De Koepel in procedure AWB 08/701 ook namens appellant optreedt, stelt verweerster zich, onder verwijzing naar hetgeen is uiteengezet in haar verweerschrift van 23 februari 2009 in die procedure op het standpunt dat haar beleidsregels en de tariefbeschikking(en) rechtmatig zijn en in stand moeten blijven.

Voorts heeft verweerster in het verweerschrift, onder verwijzing naar haar stellingen in het verweerschrift in procedure AWB 08/701, betoogd dat samengevat de verplichting om op de declaratie diagnose-informatie over de patiënt te vermelden een gerechtvaardigde en proportionele inbreuk op het medisch beroepsgeheim is en niet in strijd is met enige wettelijke of verdragsbepaling, waaronder artikel 8 EVRM.

4. Het standpunt van appellant

Appellant heeft, kort samengevat, ernstige bezwaren tegen de DBC-systematiek omdat uit de prestatiecode die ingevolge de Regeling Declaratiebepalingen in samenhang met de Beleidsregel Productstructuur op de factuur moet worden vermeld voor een ieder die de declaratie in handen krijgt, de diagnose hoofdgroep waarin de patiënt is ingedeeld nauwkeurig valt af te leiden. Hij acht dit in strijd met de bescherming van het recht op privacy van zijn patiënten en ook met zijn medisch beroepsgeheim. Het betreden besluit is in strijd met diverse wettelijke en verdragsbepalingen, waaronder artikel 8 EVRM.

Appellant heeft in het aanvullend beroepschrift zijn bezwaren nader uiteengezet tegen de vermelding van diagnose-informatie op declaraties en de verstrekking van deze informatie aan zorgverzekeraars, alsmede tegen de verplichting om ingevolge de DBC-systematiek gegevens te registreren, te valideren en aan te leveren aan het DBC-informatiesysteem (DIS). Deze nadere onderbouwing van het standpunt van appellant is, voor zover van belang voor de beoordeling van het beroep, gelijk aan de onderbouwing die zijn gemachtigden in procedure AWB 08/701 hebben gegeven. Het College verwijst voor een uitgebreide

weergave daarvan naar de uitspraak in die zaak (AWB 08/695 e.a.).

5. De beoordeling van het geschil

5.1 Het beroep stelt aan de orde of verweerster de aanwijzing aan appellant op grond van artikel 76 Wmg rechtmatig heeft opgelegd. Het College stelt voorop dat de aanwijzing er toe strekt dat appellant de door verweerster gestelde overtreding van het bepaalde bij of krachtens de artikelen 35, eerste lid, en 38, tweede en derde lid, Wmg beëindigt, waarbij is gespecificeerd dat hij verleende tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg nog uitsluitend in rekening dient te brengen in DBCs overeenkomstig bovengenoemde wet- en regelgeving. Deze bepalingen, voor zover hier van belang, hebben betrekking op de wijze waarop een zorgaanbieder een tarief in rekening brengt bij een zorgverzekeraar of verzekerde. Een verplichting tot het aanleveren van informatie aan het DIS is uit deze bepalingen niet af te leiden. Gelet hierop heeft de aanwijzing aan appellant daarop geen betrekking. Het bestreden besluit biedt daarvoor ook overigens geen aanknopingspunten. Dit brengt met zich dat, voor zover de beroepsgronden mede betrekking hebben op de verplichting om informatie aan het DIS te leveren, deze gronden buiten de omvang van het geding vallen en daarom in zoverre geen bespreking behoeven.

5.2 Met betrekking tot de stelling van verweerster dat appellant geen procesbelang heeft bij zijn beroep, omdat de aanwijzing strekt tot naleving van tariefbeschikkingen (over 2008 en 2009) die ten aanzien van hem onherroepelijk zouden zijn geworden, overweegt het College als volgt. Het beroep richt zich tegen een aanwijzing krachtens artikel 76 Wmg, waarbij aan appellant de verplichting is opgelegd om zijn declaraties op een bepaalde wijze in te dienen. In de aanwijzing is vermeld dat deze betrekking heeft op zorg die volgens verweerster valt onder de reikwijdte van de tariefbeschikking van 5 juni 2009 (over 2009) en niet op zorg die valt onder de reikwijdte van de tariefbeschikking van 20 december 2007 (over 2008). Gelet hierop kan het College allereerst de stelling van verweerster dat ook naleving van laatstgenoemde tariefbeschikking aan de orde is, niet plaatsen.

Voorts overweegt het College dat appellant er belang bij heeft in deze procedure beoordeeld te krijgen of verweerster de aanwijzing rechtmatig heeft opgelegd. Verweerster is blijkbaar van mening dat het beroep niet kan slagen vanwege het enkele feit appellant geen rechtsmiddelen heeft ingediend tegen voornoemde tariefbeschikkingen. Deze stelling ziet evenwel op de inhoudelijke beoordeling van het beroep en kan niet afdoen aan het procesbelang van appellant. Dit betoog van verweerster treft derhalve geen doel.

5.3 De stelling van verweerster dat het beroep niet kan slagen vanwege het enkele feit dat appellant geen rechtsmiddelen heeft ingediend tegen voornoemde tariefbeschikkingen, faalt ook inhoudelijk. Daartoe overweegt het College het volgende.

In de uitspraak van heden in meergenoemde procedure AWB 08/695 e.a., heeft het College, voor zover hier van belang, het volgende overwogen:

“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 privé-leven 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 door appellanten is dan ook 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 controletak van zorgverzekeraars. Verweerder 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. Verweerder 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 controletak 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 verweerder 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. Verweerder 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.

()

Het College komt gelet op de conclusies die zijn getrokken in rubriek () en 2.4.4.7 tot de slotsom dat de beroepen gegrond zijn en dat het besluit van verweerder 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. Verweerder 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 verweerder, 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."

5.4 Het College heeft in die uitspraak de voorlopige voorziening getroffen dat voor de appellanten in die zaken, voor zover zij handelen als vrij gevestigde psychiater of psychotherapeut, de uit de tariefbeschikking van 20 december 2007 voortvloeiende verplichting om samengevat diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars en cliënten te verstrekken, wordt geschorst tot zes weken na het nemen door verweerder van een nieuw besluit op bezwaar.

De onderhavige aanwijzing is gebaseerd op de bevinding van verweerder dat appellant zorg die onder de reikwijdte van de tariefbeschikking van 5 juni 2009 valt, niet op de juiste wijze heeft gedeclareerd. Nu deze tariefbeschikking en de achterliggende (beleids)regels, voor zover hier relevant, gelijklopend zijn aan de tariefbeschikking van 20 december 2007 en de daar achterliggende (beleids)regels, is er naar het oordeel van het College geen aanleiding om met betrekking tot de verplichting om diagnose-informatie op declaraties te vermelden en aan zorgverzekeraars en cliënten te verstrekken, voor zover deze voortvloeit uit de tariefbeschikking van 5 juni 2009, tot een andere beoordeling te komen dan in de uitspraak in procedure AWB 08/695 e.a., zoals hiervoor weergegeven.

De bezwaren welke het College blijkt de hiervoor geciteerde passage uit laatstgenoemde uitspraak gegrond heeft verklaard, zijn van dezelfde aard als die welke appellant tegen de voorgenomen aanwijzing heeft aangevoerd, waarbij hij bovendien heeft gesteld uitsluitend te declareren voor cliënten die verklaard hebben zijn declaraties zelf te zullen betalen en niet bij zorgverzekeraars in te dienen.

Onder deze omstandigheden moet worden geoordeeld dat verweerder aan appellant, voor zover handelend als vrij gevestigd psychiater, de aanwijzing in redelijkheid niet heeft kunnen opleggen. Het bestreden besluit komt dan ook wegens strijd met artikel 3:4, tweede lid, Awb, voor vernietiging in aanmerking.

Hieraan doet derhalve, in de omstandigheden als in deze zaak aan de orde waarbij mede van belang is dat voormelde verplichtingen met betrekking tot het vermelden en verstrekken van diagnose-informatie weliswaar door de tariefbeschikking in het leven zijn geroepen, maar niet in deze beschikking zelf zijn neergelegd doch in daarachter liggende (beleids)regels, niet af dat appellant tegen de tariefbeschikking geen rechtsmiddelen heeft aangewend.

Het beroep is gegrond.

5.5 Het College acht termen aanwezig om verweerder met toepassing van artikel 8:75 Awb te veroordelen in de proceskosten van appellant, ter zake van de door hem gemaakte kosten van beroepsmatig verleende rechtsbijstand. Deze zijn met inachtneming van het Besluit proceskosten bestuursrecht vastgesteld op 874,- (één punt voor het indienen van het beroepsschrift en één punt voor het verschijnen ter zitting, tegen een waarde van 437,- per punt.

Daarnaast dient het door appellant betaalde griffierecht te worden vergoed.

6. De beslissing

Het College

- verklaart het beroep gegrond;
- vernietigt het besluit van 14 januari 2010;
- veroordeelt verweerder in de proceskosten van appellant tot een bedrag van 874,- (zegge: achthonderdvierenzeventig euro)
- bepaalt dat verweerder aan appellant het door hem betaalde griffierecht ad 150,- (zegge: honderdvijftig euro) 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