



**Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van PM ,
nr. PM , houdende verduidelijking van de registratie- en
aanleververplichting van de DSM-hoofdgroepen en basis ggz-
basisprofielen door aanbieders en zorgverzekeraars ten behoeve van de
risicoverevening (Regeling verduidelijking tijdelijk gebruik DSM-
hoofdgroepen en basis ggz-profielen)**

KetenID: 27358

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 87, zesde lid, en artikel 89, negende lid, van de
Zorgverzekeringswet;

Besluit:

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- *DSM-5 classificatie*: classificatie conform de DSM-5-TR, het internationaal classificatiesysteem voor psychische stoornissen;
- *DSM-stoornis*: psychische stoornis die is vastgesteld op basis van DSM-5 classificatie;
- *DSM-hoofdgroep*: groep waaronder de primaire diagnose op basis van DSM-5 classificatie valt, zoals opgenomen in Bijlage 1 bij deze regeling;
- *basis ggz-profiel*: een van de volgende profielen:
 - a. GBGGZ Kort: patiëntprofiel waarbij sprake is van een DSM-stoornis, problematiek van lichte ernst, waarbij sprake is van een laag risico, een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit en aanhoudende of persisterende klachten waarbij eerdere interventies onvoldoende effect hebben bewerkstelligd;
 - b. GBGGZ Middel: patiëntprofiel waarbij sprake is van een DSM-stoornis, problematiek van matige ernst, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld;
 - c. GBGGZ Intensief: patiëntprofiel waarbij sprake is van een DSM-stoornis, ernstige problematiek, waarbij sprake is van een laag tot matig risico, een enkelvoudig beeld tot lage complexiteit en de duur van de klachten beantwoordt aan de criteria uit de richtlijn voor het betreffende ziektebeeld;
 - d. GBGGZ Chronisch: patiëntprofiel waarbij sprake is van een DSM-stoornis, risicogevoelige stabiele of instabiele chronische problematiek of ernstige problematiek in remissie, waarbij sprake is van een laag tot matig risico;
- *Formele controle*: onderzoek als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel t, van de Regeling zorgverzekering;
- *Materiële controle*: onderzoek als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel u, van de Regeling zorgverzekering;
- *wet*: Zorgverzekeringswet.

Artikel 2

1. Als persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, die voor een zorgverzekeraar noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van de Zorgverzekeringswet als bedoeld in artikel 87, eerste en tweede lid, van de wet worden aangemerkt de DSM-5 classificatie, de DSM-hoofdgroep en het basis ggz-profiel.
2. De zorgverzekeraar mag de DSM-hoofdgroep en het basis ggz-profiel gebruiken voor het verrichten van formele controle en materiële controle.
3. De zorgverzekeraar mag de DSM-5 classificatie alleen gebruiken voor het verrichten van materiële controle.
4. De zorgverzekeraar verstrekt de DSM-hoofdgroep en het basis ggz-profiel aan het Zorginstituut ten behoeve van de risicoverevening als bedoeld in artikel 89, zesde lid, onderdeel a, van de wet nadat deze gegevens zijn gepseudonimiseerd als bedoeld in artikel 4, onderdeel 5 van de Algemene verordening gegevensbescherming en de pseudonimisering vervolgens onafgebroken is gecontinueerd.
5. Een zorgaanbieder verstrekt de in het eerste lid bedoelde gegevens niet indien de verzekerde hiertegen vooraf schriftelijk zijn bezwaren heeft geuit, of deze redelijkerwijs niet beschikbaar zijn.

Artikel 3

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling verduidelijking tijdelijk gebruik DSM-hoofdgroepen en basis ggz-profielen.

Artikel 4

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en vervalt op 1 januari 2028.

Deze regeling zal met de toelichting en de bijlage in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Nota van toelichting

1. Verduidelijking registratie- en aanleververplichting ten behoeve van de Risicoverevening

De grondslag voor de registratie- en aanleververplichting van persoonsgegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars, waaronder gegevens over de gezondheid - onder andere de DSM-hoofdgroepen en de basis- ggz-profielen - volgt uit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Zvw biedt reeds de verplichting tot het verstrekken van deze gegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars voor de uitvoering van de zorgverzekeringen en de uitvoering van de wet en is daarom ook de grondslag voor zorgaanbieders om de DSM-5, de DSM-hoofdgroepen en basis ggz-profielen te registreren, aan te leveren en te verwerken. In de uitvoering van de Zvw wordt normaliter uitgegaan van de instructies van de NZa over het delen van gegevens. Met het wegvallen van de instructies ten behoeve van de verwerking van het DSM in het kader van declaraties per 1 januari 2025, is daarom bij zorgaanbieders onzekerheid ontstaan over de rechtmatige verwerking ten behoeve van de risicoverevening. In dit specifieke geval is daarom een nadere verduidelijking van de bestaande grondslag in de wet gewenst. Op grond van artikel 87, zesde lid, en artikel 89, negende lid, van de Zorgverzekeringswet wordt er daarom, middels deze regeling, verduidelijking gegeven rondom de aanlevering van de DSM-hoofdgroep en de basis ggz-profielen door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars ten behoeve van de controletaken van verzekeraars en de inbreng in de risicoverevening door verstrekking vanuit zorgverzekeraars aan het Zorginstituut (ZIN).

Een zorgverzekeraar moet iedere verzekeringsplichtige accepteren die een zorgverzekering bij hem wenst af te sluiten. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) als verplichting voor zorgverzekeraars geregeld. Die wet bepaalt ook dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie, dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Deze ongelijkheid, die ontstaat door verschil in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille, ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Om deze ongelijkheid te verminderen is in de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het Zorginstituut een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf). Hiermee wordt de bovengenoemde ongelijkheid weggenomen en ontstaat een gelijk speelveld voor alle verzekeraars. Deze bijdrage per zorgverzekeraar speelt dan ook een cruciale rol in de uitvoering van de Zvw. Zorgverzekeraars spelen een centrale rol in dit systeem van de risicoverevening. Om de bijdrage per zorgverzekeraar te bepalen kijkt ZIN voor de verzekerden per verzekeraar welke zorg is vergoed (behandeling), en waarvoor (diagnoses).

Aan het totaal van diagnoses, behandelingen en andere kenmerken van een verzekerde wordt per verzekerde een bedrag aan de zorgverzekeraar toegekend. Hierbij gebruikt ZIN gepseudonimiseerde persoonsgegevens van verzekerden. Dat betekent dat het ZIN de identiteit van de verzekerden niet kan achterhalen.

Zoals aangegeven wordt met deze regeling beoogd om de praktijk comfort te bieden dat de bestaande werkwijze met betrekking tot de verwerking van diagnose informatie een afdoende wettelijke basis heeft om ook gegevens zoals de DSM-hoofdgroepen en de basis-ggz-profielen hiervoor te verwerken. Deze regeling beoogt de bestaande werkwijze te bestendigen en bijbehorende grondslag voor gegevensverwerking te verduidelijken. Op punten kan de formulering om technische redenen afwijken van formuleringen in beleidsregels van de NZa, die een andere status en functie hebben dan regelgeving.

2. Gebruik van ggz-diagnosegegevens in de risicoverevening

Voor de ggz bestaat een apart model binnen de risicoverevening. Eén van de onderdelen daarvan is het kenmerk "diagnose kosten groep-ggz" (DKG-ggz). Het kenmerk DKG-ggz is onderverdeeld in klassen. 'Gespeudonimiseerde verzekerden' worden jaarlijks in een bepaalde klasse ingedeeld mede op basis van de DSM-hoofdgroep die hoort bij hun ggz-behandeling. Aan die verschillende groepen worden verschillende compensaties gekoppeld. De DKG-ggz is de belangrijkste zorg-gerelateerde voorspeller van ggz-kosten in het model en daarmee cruciaal voor een goed werkende risicoverevening in de ggz. Dit is op dit moment de beste manier om de kosten van ggz voor verzekeraars op basis van hun verzekerdenpopulatie vooraf te voorspellen. Daarmee is het ook de beste manier om een gelijk speelveld te realiseren. Het anders vormgeven van het DKG-ggz kenmerk, vereist onderzoek en genoeg historische data.

In de nieuwe bekostiging van de ggz vervangt de zorgvraagtypering de DSM. Daarom ligt het voor de hand om het DKG-ggz kenmerk eveneens te vervangen door een risicovereveningskenmerk gebaseerd op de zorgvraagtypering. De noodzakelijke historische informatie om tot een kenmerk op basis van zorgvraagtypering te komen, ontbreekt echter nog. Een aanpassing van het model, zonder daarbij kwaliteit te verliezen, is niet eerder mogelijk dan voor het model van 2028. Voor het modelonderzoek is het namelijk noodzakelijk om 3 jaar aan data te hebben met de zorgvraagtypering. Dit komt doordat het DKG-ggz kenmerk gebruik maakt van drie gegevensjaren, om de stabiliteit en betrouwbaarheid van het kenmerk te borgen. Dit zijn 2022 (= eerste jaar ZPM), 2023 en 2024. De data van 2024 is halverwege 2026 volledig genoeg beschikbaar voor het bepalen van een vereveningscriterium en de statistische onderbouwing daarvan. De bepaling van dit criterium vindt plaats in voorjaar 2027, op tijd voor de bestuurlijke besluitvorming in de zomer van 2027 over het model 2028. Dat betekent dat tot en met model 2027 de vereveningsbijdrage nog bepaald moet worden op basis van het DKG-ggz kenmerk dat gebruik maakt van DSM informatie.

Zonder deze DSM-informatie levert het model 2026 en het model 2027 in op kwaliteit. Dit kan de beschikbaarheid van goede ggz-zorg verstoren. Een minder goede risicoverevening vergroot namelijk prikkels tot risicoselectie in de ggz en in dit specifieke geval raakt dit vooral de zwaardere ggz-zorg. De prikkels voor

zorgverzekeraars om passende zorg in te kopen verminderen. Dit kan vervolgens een negatief effect hebben voor ggz patiënten, omdat de toegankelijkheid en kwaliteit van de ggz-zorg achteruitgaat.

2.1 DSM-hoofdgroep

In het risicovereveningsmodel voor de ggz wordt een verzekerde ingedeeld in een klasse op basis van een combinatie van zorggebruik en diagnose in de vorm van een DSM-hoofdgroep, het RIVM beheerst deze lijst. Deze combinaties zorgen ervoor dat verzekerden (patiënten) specifiek op zorggebruik en verwachte kosten kunnen worden uitgesplitst. Hierdoor krijgen verzekeraars voor patiënten met zwaardere problematiek (en hierdoor hogere verwachte behandelkosten) een hogere vereveningsbijdrage en voor patiënten met minder zware problematiek een lagere bijdrage. Hoe beter onderscheid er gemaakt kan worden tussen verschillende diagnoses en daarbij behorende behandelingen, des te beter het model kan compenseren voor de verwachte zorgkosten van een verzekerde. DSM-hoofdgroepen zijn dus een belangrijk onderdeel in het bepalen van het zorggebruik en de kosten. Een verzekeraar krijgt voor iedere verzekerde in de klasse hetzelfde vereveningsbedrag. De verzekeraar krijgt met de DSM-hoofdgroep niet de DSM-5 classificatie van individuele verzekerden te zien.

2.2 Het basis-ggz-profiel

Het basis-ggz-profiel is een ander belangrijk element in de bepaling van de DKG-ggz. Het risicovereveningsmodel geldt alleen voor zorg in het basispakket. Het basis-ggz-profiel is het enige informatie-element op de declaratie waaruit zorgverzekeraars met zekerheid af kunnen leiden of het een declaratie betreft die binnen het basispakket wordt vergoed en daarmee bepalend voor de aanlevering van het ggz-gegevensbestand voor de risicoverevening. Als zorgverzekeraars niet meer in staat zijn om op basis van het basis-ggz-profiel het ggz-gegevensbestand juist in te vullen, gaat de indeling in DKG-ggz toch fout. Het ggz basis-profiel is dus noodzakelijk voor een goede aanlevering van het DKG-ggz-bestand aan ZIN. Daarnaast wordt bij de indeling in het DKG-ggz-kenmerk zorg vanuit de basis-ggz anders ingedeeld dan zorg vanuit de specialistische ggz. Het onderscheid tussen basis-ggz en specialistische ggz kan alleen gemaakt worden op basis van het aanwezige basis-ggz-profiel. Het basis-ggz-profiel is dus noodzakelijk voor een juiste bepaling van het DKG-ggz kenmerk.

2.3 DSM-5 classificatie

Om zeker te weten dat de gegevens die worden gebruikt in het vereveningsmodel correct zijn, moet de verzekeraar nagaan of de ingediende declaraties rechtmatig zijn. In dat kader voeren zorgverzekeraars formele en materiële controles uit. Dit is een wettelijke taak van zorgverzekeraars. Indien signalen daartoe aanleiding geven dan kan een zorgverzekeraars overgaan tot een detailcontrole. In eerste instantie wordt er een detailcontrole uitgevoerd zonder inzage in het dossier bij de zorgaanbieder. Indien daarmee het controledoel niet wordt bereikt, dan kan er ook detailcontrole met inzage in het dossier bij de zorgaanbieder plaatsvinden. Het is in dat geval van belang dat de zorgverzekeraar, specifiek en alleen ten behoeve van dat doel, het dossier kan inzien. De zorgaanbieder is in dat kader verplicht de DSM-5 te verwerken. Deze informatie hoeft niet van alle verzekerden aangeleverd te worden aan de zorgverzekeraar, maar moet wel onderdeel zijn van het dossier.

De zorgverzekeraar moet vervolgens ingeval van een materiële controle in de gelegenheid gesteld worden om deze in te zien.

2.4 Uitzonderingen

De verplichtingen rondom de DSM-hoofdgroep, de DSM-5 classificatie en de basis ggz-profielen wijzigen niet voor noodzakelijke formele en materiële controle in het kader van de risicovereeniging ten opzichte van 2024. Concreet betekent dit:

- De verplichting om de DSM-5 classificatie te registreren blijft in stand;
- Er hoeft geen DSM-hoofdgroep en basis ggz-profiel aangeleverd te worden bij een privacyverklaring, bij spoedzorg, als er alleen sprake is van diagnostiek en in andere situaties waarin geen DSM-hoofdgroep of basis-ggz-profiel kan worden vastgesteld;
- De hoofdgroepen en de afleiding van de classificaties naar de hoofdgroepen blijven gelijk ten opzichte van 2024.

2.5 Privacyverklaring

Indien een verzekerde bezwaar heeft tegen het delen van de in artikel 2, eerste lid bedoelde gegevens, dan is het van belang dat de verzekerde schriftelijk bezwaar uit door middel van een privacyverklaring. Dit betreft een aanvulling op de privacyverklaring die kan worden ingevuld in het kader van de declaratie. In dat geval verstrekt de aanbieder deze gegevens niet aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar kan de betreffende declaratie dan ook niet aanleveren aan ZIN voor de risicovereeniging.

3.1 Wettelijke verplichting zorgverzekeraar ten behoeve van de risicovereeniging

Zorgverzekeraars spelen een centrale rol bij de risicovereeniging. De zorgverzekeraars ontvangen van zorgaanbieders gezondheidsdata die nodig zijn voor de risicovereeniging, op grond van artikel 87 van de Zvw. Artikel 87, eerste lid, van de Zvw bepaalt dat een zorgaanbieder die wil declareren bij een zorgverzekeraar alle gegevens verstrekt die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de Zvw. Daaronder zijn ook begrepen gegevens over de gezondheid. Hetzelfde geldt voor de zorgaanbieder die de gegevens aan de verzekerde verstrekt ten behoeve van de uitvoering van de wet in artikel 87, tweede lid, Zvw. Dit heeft tot doel ervoor te zorgen dat de zorgverzekeraar de verplichtingen in het kader van de risicovereeniging ook bij ongecontracteerde zorg kan uitvoeren. Onder de Zvw valt ook de risicovereeniging (artikel 32 e.v. Zvw). Dit vormt, samen met de uitwerking van het vereveningsmodel in lagere regelgeving, de grondslag voor het verstrekken van diagnosegegevens aan de zorgverzekeraar. De uitwisseling van deze gepseudonimiseerde¹ gegevens tussen instanties is geregeld in artikel 89 Zvw. Ten aanzien van gegevens over de gezondheid in het kader van de risicovereeniging is in artikel 89, zesde lid, een specifieke grondslag opgenomen. De gegevens die in het kader van de risicovereeniging worden verwerkt, worden jaarlijks gespecificeerd in beleidsregels van het Zorginstituut.

¹ De gegevens worden door de zorgverzekeraar gepseudonimiseerd aangeleverd bij het Zorginstituut Nederland.

De data die wordt ingebracht in de risicoverevening dient kwalitatief juist te zijn en de gemaakte kosten moeten rechtmatig zijn. Dat wil zeggen, de zorgverzekeraars moeten controleren of er geen fouten in de bestanden zitten en of alle codes kloppen, en ook of het gaat om zorg die rechtmatig is geleverd. Onder het begrip 'rechtmatigheid' vallen de termen 'verzekerde zorg', 'feitelijke levering' en 'gepast gebruik van zorg'.

In eerste instantie toetst de zorgverzekeraar ook of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zorgverzekeringswet valt en dus vergoed mag worden. Behandeling van psychische problemen – zonder dat sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5 classificatie – valt niet onder de geneeskundige GGZ die op grond van de Zvw voor vergoeding in aanmerking komt. Niet alle stoornissen zoals geclassificeerd in de DSM-5 worden vanuit de geneeskundige GGZ in het basispakket behandeld of vergoed. Dit staat beschreven in artikel 2.1, onderdeel h en i, van de Regeling zorgverzekering.²

3.2 Wettelijke taken Zorginstituut ten behoeve van de risicoverevening

Onder andere op basis van bovengenoemde gegevens bepaalt het ZiNL vervolgens de bijdrage per zorgverzekeraar, door per verzekerde vast te stellen welke zorg is vergoed (behandeling), en waarvoor (diagnoses). Aan het totaal van diagnoses, behandelingen en andere kenmerken van een verzekerde wordt per verzekerde een bedrag aan de zorgverzekeraar toegekend.

4. Doorbreken beroepsgeheim van behandelaren

Op grond van artikel 7:457 BW kan het beroepsgeheim worden doorbroken indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht. Artikel 87, eerste tot en met derde lid, Zvw verplicht zorgaanbieders om in bepaalde situaties persoonsgegevens, waaronder gegevens over gezondheid, te verstrekken. Deze wettelijke verplichting is de grondslag voor de doorbreking van het beroepsgeheim. In artikel 87, vijfde lid, Zvw is vervolgens geregeld dat zorgverzekeraars ook een afgeleid beroepsgeheim hebben. Ook zij hebben dus een zwijgplicht ten aanzien van de gegevens die ze hebben ontvangen.

5. Reikwijdte

Artikel 87, eerste lid, Zvw bepaalt dat zorgaanbieders die met de zorgverzekeraar overeengekomen zijn dat zij de kosten van geleverde zorg rechtstreeks bij de verzekeraar in rekening kunnen brengen, verplicht zijn om op grond van dit artikel de persoonsgegevens van verzekerden, waaronder gezondheidsgegevens, rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te verstrekken. Wanneer er geen rechtstreekse betaling plaatsvindt dient de verzekerde de rekening in principe zelf in bij de zorgverzekeraar, tenzij deze toestemming geeft aan de zorgaanbieder om de gegevens wel rechtstreeks aan de zorgverzekeraar te verstrekken. De zorgaanbieder verstrekt in die gevallen de gegevens aan de verzekerde op grond van artikel 87, tweede lid, Zvw. Hiermee geldt deze regeling zowel voor gecontracteerde als ongecontracteerde zorgaanbieders.

² Voor een breed overzicht verwijzen we naar de website van het Zorginstituut: [Geneeskundige GGZ \(Zvw\) | Verzekerde zorg | Zorginstituut Nederland](#).

6. Onderzochte alternatieven

Artikel 88, eerste en vierde lid, Zvw jo. art. 89, zesde lid, aanhef en onder a, Zvw biedt de minister de mogelijkheid om in een ministeriële regeling te bepalen dat de zorgaanbieder diagnosegegevens rechtstreeks aan het ZIN moet verstrekken ten behoeve van de risicoverevening. Ook zonder een dergelijke ministeriële regeling lijkt het ZIN verstrekking van het DSM-gegeven door de zorgaanbieder te kunnen afdwingen (artikel 88, eerste lid, Zvw jo. art. 89, zesde lid, aanhef en onder a Zvw).

Met veldpartijen is onderzocht in hoeverre het mogelijk is om de DSM rechtstreeks aan het ZIN aan te leveren, dan wel te maskeren voor de zorgverzekeraar. Bij dit alternatief is de noodzakelijke controle door de zorgverzekeraars op de juistheid en de volledigheid van de gegevens in databestanden niet langer mogelijk. De kwaliteit van de dataset van het ZIN kan in dat geval niet goed geborgd worden, waardoor de risicoverevening niet effectief kan plaatsvinden. Daarbij geldt tenslotte dat het ook vanuit praktisch en technisch opzicht niet opportuun is om enkel voor de periode van 2025 tot en met 2027 alleen voor het DSM-gegeven een geheel nieuwe informatiestroom tussen de zorgaanbieders en het ZIN te verwezenlijken en de benodigde controle van de databestanden anders vorm te geven. Het beginsel van dataminimalisatie, het evenredigheidsbeginsel en het subsidiariteitsbeginsel verhinderen dat de verstrekking van het DSM-gegeven nog enkel rechtstreeks van de zorgaanbieder aan het ZIN zou mogen plaatsvinden.

7. Privacyoverwegingen

Voor het verwerken van (bijzondere) persoonsgegevens is, conform de AVG, een wettelijke grondslag noodzakelijk. De voor de verwerkingen door en voor onze Minister toepasselijke grond is de noodzakelijke verwerking voor het beheer van het Nederlandse gezondheidszorgstelsel, bedoeld in artikel 9, tweede lid, onderdeel h, van de AVG. Er geldt voor de beide verwerkingsgronden de eis van een wettelijke grondslag. In de paragrafen "Wettelijke verplichting zorgverzekeraars ten behoeve van de risicoverevening" en "Wettelijke taken Zorginstituut ten behoeve van de Risicoverevening" zijn de wettelijke grondslagen omschreven. De risicoverevening maakt gebruik van pseudonimisatie aan de bron en encryptie van de gegevens door een Trusted Third Party (TTP). Het resultaat is dat het ZIN bij de uitvoering van de risicoverevening de identiteit achter gepseudonimiseerde gegevens niet kan achterhalen.

8. Tijdelijke regeling

Het is van belang te benadrukken dat deze regeling met verduidelijking voor verwerking van deze specifieke gegevens tijdelijk van aard is. Vanaf 2028 is er voldoende data beschikbaar om het risicovereveningsmodel te baseren op de zorgvraagtypering. Daarna is informatie over de behandeling en bijbehorende kosten van ggz in het basispakket voldoende beschikbaar via de zorgvraagtypering. Op basis van de wet is er dan geen noodzaak meer om diagnosegegevens te verwerken. Dan vervalt dus ook de in deze regeling verduidelijkte verplichting voor aanbieders om diagnosegegevens op basis van DSM-5 classificatie, DSM-hoofdgroep en basis ggz-profielen aan zorgverzekeraars te verstrekken ten behoeve van de risicoverevening.

Het is daarom van belang dat de komende jaren door alle betrokken partijen gewerkt wordt aan de overstap naar de zorgvraagtypering. In het bijzonder gaat het dan om de controleprocessen van zorgverzekeraars en om de overstap in de risicoverevening naar een model gebaseerd op informatie van het zorgprestatie-model. We rekenen hierbij op de constructieve inspanningen van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en alle andere betrokkenen.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1

In artikel 1 worden enkele begrippen geïntroduceerd dan wel naar begrippen in de Regeling zorgverzekering verwezen.

Waar in deze regeling naar de DSM-5 wordt verwezen, wordt daarmee de DSM-5-TR bedoeld (de opvolger van de DSM-5). Gebruik van de DSM-5-TR op grond van deze regeling valt onder licentie van de Nederlandse Staat.

Wat betreft het begrip 'Basis ggz-profiel' wordt aangesloten bij actuele veldafspraken. Er wordt niet beoogd om een veldafpraak in het algemeen tot regelgeving te verheffen.

Artikel 2

Artikel 87, eerste lid, bevat de wettelijke grondslag voor gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar voor de uitvoering van de zorgverzekeringen en de Zorgverzekeringswet. Het zesde lid van dat artikel bevat de grondslag voor de minister om regels te stellen over de gegevens die hieronder in elk geval worden verstaan. In het eerste lid van deze regeling wordt van die mogelijkheid gebruik gemaakt om te verduidelijken dat hieronder ook de classificatie van een aandoening of ziekte conform de DSM-5 wordt verstaan, de DSM-hoofdgroep en de basis ggz-profielen.

Het tweede en derde lid bevatten de doelen waarvoor de in het eerste lid bedoelde gegevens door zorgverzekeraars verwerkt mogen worden. Dit betreft de formele en materiële controles die noodzakelijk zijn omdat alleen correcte gegevens gebruikt kunnen worden voor de risicoverevening. De zorgverzekeraar mag de DSM-hoofdgroep en het basis ggz-profiel gebruiken voor het verrichten van formele controle, materiële controle. De zorgverzekeraar mag de DSM-5 classificatie alleen gebruiken voor het verrichten van materiële controle.

Het vierde lid maakt duidelijk dat verzekeraars voordat ze de DSM-hoofdgroep en basis ggz-profielen verstrekken aan het ZIN, zij deze dienen te pseudonimiseren. Het vijfde lid bevat een uitzondering op de verplichting voor zorgaanbieders om de benodigde gegevens aan te leveren. Dit geldt tenzij de verzekerde een zogeheten "privacyverklaring" heeft ingevuld. In dat geval wordt uit coulance geen aanlevering afgedwongen. Voor de beoordeling van gevallen waarin de gegevens redelijkerwijs niet beschikbaar zijn, kunnen aanbieders aansluiten bij de redenen

die de NZa eerder in haar beleidsregel had opgenomen: in het geval van spoedzorg of als alleen diagnostiek wordt gedaan.

Artikel 3

In artikel 3 is de citeertitel van de regeling opgenomen.

Artikel 4

Aan deze regeling hoeft geen terugwerkende kracht te worden toegekend, omdat het een verduidelijking betreft van een verplichting die reeds bestaat op grond van artikel 87, eerste lid, Zvw. De verplichtingen van partijen rondom de DSM-hoofdgroepen, de DSM-5 classificatie en de basis ggz-profielen wijzigen niet. Zorgaanbieders zijn en blijven verplicht deze gegevens te registreren en aan te leveren aan zorgverzekeraars. Het wegvallen van de NZa-regeling verandert hier niets aan. Zorgverzekeraars blijven verplicht deze gegevens gepseudonimiseerd (voorzien van een accountantsverklaring) aan te leveren aan het Zorginstituut in het kader van de risicoverevening. De verplichtingen blijven daarmee vanaf 1 januari 2025 gelijk aan die van 2024 en eerdere jaren.

Zoals in het algemeen deel is uitgelegd vervalt deze regeling per 2028, omdat vanaf dat moment de DSM-gegevens niet langer noodzakelijk zijn voor de risicoverevening.

Bijlage 1 DSM-hoofdgroepen

Onder DSM-hoofdgroepen wordt de volgende indeling gebruikt:

DSM-hoofdgroepen voor de ggz gebaseerd op de DSM-5 hoofdstukken:

- 1 Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen
- 2 Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen
- 3 Bipolaire stemmingsstoornissen
- 4 Depressieve stemmingsstoornissen
- 5 Angststoornissen
- 6 Obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen
- 7 Trauma en stress gerelateerde stoornissen
- 8 Somatische symptoomstoornis en verwante stoornissen
- 9 Voedings- en eetstoornissen
- 10 Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen
- 11 Neurocognitieve stoornissen
- 12 Persoonlijkheidsstoornissen
- 13 Andere problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
- 14 RESTGROEP (Dissociatieve stoornissen; Stoornissen in zindelijkheid; Slaap-
waakstoornissen; Seksuele disfuncties; Genderdysforie; Disruptieve
impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen; Parafiele stoornissen; Overige
psychische stoornissen; Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen van
medicatie)