

Vergaderjaar 2018–2019

33 654

Kostenbeheersing in de zorg

Nr. 35

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 3 april 2019

In februari 2018 heb ik u de kabinetsreactie (Kamerstuk 33 654, nr. 31) gestuurd op het rapport van de Commissie Transparantie en Tijdigheid (Kamerstuk 33 654, nr. 29). De commissie heeft aanbevelingen gedaan om sneller betere informatie over de zorguitgaven beschikbaar te krijgen, in het bijzonder voor de medisch-specialistische zorg (MSZ) en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In een schriftelijk overleg (Kamerstuk 33 654, nr. 32) hebben we over de kabinetsreactie van gedachten gewisseld. Ik heb u een voortgangsrapportage toegezegd over de voortgang van de acties naar aanleiding van het rapport van de commissie. Hierbij ontvangt u deze voortgangsrapportage¹.

Algemeen beeld

Zoals ik in de kabinetsreactie op het rapport van de commissie heb toegelicht, is de informatie over de zorguitgaven gebaseerd op de jaarschade van zorgverzekeraars. Die hebben te maken met relatief lange doorlooptijden van de declarabele prestaties (dbc's), lange declaratietermijnen, afrekening van contractafspraken en na-ijleffecten van controles. Deze lange doorlooptijd geldt in het bijzonder voor de GGZ en MSZ. Bij andere sectoren zoals de huisartsenzorg, is de schadelast al op een eerder moment definitief. Het gevolg is dat de zorguitgaven pas tweeënhalf jaar na afloop van het jaar (in mei t+3) definitief zijn. Zolang die definitieve cijfers niet beschikbaar zijn, wordt uitgegaan van door de verzekeraars opgestelde ramingen. Deze ramingen zijn met onzekerheden omgeven. Daarbij moet worden opgemerkt dat bijstellingen die in absolute zin fors kunnen zijn, procentueel beperkt kunnen zijn. Een bijstelling van de uitgaven in de MSZ van bijvoorbeeld € 100 miljoen betreft circa 0,5% van de omvang van de MSZ-sector.

De fluctuaties in de ramingen van de Zvw-uitgaven zijn sinds 2012 beperkter geworden (zie tabel 1). In de kabinetsreactie vermeldde ik dat de mutaties in 2012 tot en met 2014 in het laatste jaar voor definitieve

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

vaststelling nog opliepen tot enkele honderden miljoenen euro's. De uitgaven in 2015 zijn inmiddels definitief vastgesteld. De fluctuatie in het laatste jaar voor vaststelling komt in 2015 uit op € 165 miljoen voor de totale Zvw-uitgaven. Voor 2016 worden over enkele maanden de uitgaven definitief vastgesteld. Tot en met de laatste raming van maart 2019, komt de fluctuatie vanaf mei vorig jaar uit op € 36 miljoen. Het verschil tussen de laatste raming en de definitieve realisatie is de laatste jaren tussen ongeveer nul en enkele tientallen miljoenen euro's. De verwachting is dat de fluctuatie in het laatste jaar voor vaststelling voor het jaar 2016 beperkt zal blijven tot een bedrag dat lager is dan € 100 miljoen.

Tabel 1: Fluctuaties in raming Zvw-uitgaven in laatste jaar voor realisatie (mei t+2 tot mei t+3)^a

bedragen in € miljoen	2012	2013	2014	2015	2016 ^b
Totaal	322 0,9%	355 1,0%	192 0,5%	165 0,4%	36 0,1%
Medisch-specialistische zorg	243 1,2%	163 0,8%	92 0,4%	92 0,5%	63 0,3%
GGZ	79 2,2%	196 4,9%	96 2,6%	42 1,3%	41 1,2%

^a: het verschil tussen hoogste en laagste cijfer (raming of realisatie) in de periode

^b: de realisatie is nog niet beschikbaar, de fluctuaties betreffen de periode mei 2018 tot maart 2019

In tabel 2 zijn de fluctuaties in de ramingen opgenomen tussen de eerste rapportage na afloop van het jaar tot de definitieve vaststelling. Ook deze fluctuaties lijken sterk af te nemen. De raming voor de MSZ laat vooral in 2016 een constanter beeld zien dan in de jaren ervoor. Bij de GGZ nemen de fluctuaties tussen 2012 en 2016 sterker af, maar de procentuele fluctuaties blijven bij de GGZ wel groter dan bij de MSZ. De afname in de fluctuatie lijkt erop te duiden dat zorgverzekeraars steeds beter in staat zijn om in een vroegtijdig stadium een goede raming te geven van de uiteindelijke schadelast.

Tabel 2: Fluctuaties in raming Zvw-uitgaven na afloop van het jaar (januari t+1 tot mei t+3)^a

bedragen in € miljoen	2012	2013	2014	2015	2016 ^b
Totaal	980 2,8%	653 1,8%	694 1,9%	686 1,7%	169 0,4%
Medisch-specialistische zorg	305 1,6%	298 1,4%	297 1,4%	340 1,7%	119 0,5%
GGZ	505 14,0%	260 6,6%	338 9,2%	151 4,7%	57 1,7%

^a: het verschil tussen hoogste en laagste cijfer (raming of realisatie) in de periode

^b: de realisatie is nog niet beschikbaar, de fluctuaties betreffen de periode mei 2018 tot maart 2019

Zoals aangegeven zijn de ramingen afkomstig van de zorgverzekeraars. Hoe beter zij ramen, hoe eerder en beter het beeld is over de ontwikkeling van de zorguitgaven. Daarmee wordt ook de kwaliteit van het beeld van de zorguitgaven in de begroting van VWS bepaald.

Diverse factoren zijn van invloed op de mogelijkheden om goed te ramen. Het is van groot belang dat zorgverzekeraars beschikken over actuele en correcte declaratiegegevens. Prestaties die pas na lange tijd gedeclareerd kunnen worden, zoals de dbc's in de MSZ en de GGZ, maken het ramen moeilijker. De verkorting in 2015 van de maximale doorlooptijd van de dbc's in de MSZ tot 120 dagen heeft voor die sector wel geleid tot een versnelling in de beschikbaarheid van de gegevens. Daarbij wordt in de MSZ informatie over het onderhanden werk steeds beter uitgewisseld, zodat zorgverzekeraars een beeld hebben van de declaraties die zij kunnen verwachten. Een knelpunt is wel dat contractprijzen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder vaak niet aan het begin van het jaar zijn vastgesteld. Hierdoor komt de declaratiestroom pas in de loop van het jaar op gang. Naast het snel en correct declareren spelen de stabiliteit van het bekostigingssysteem en het gebruik van contractafspraken zoals plafonds of aanneemsommen een rol. Ook het moment waarop de controles plaatsvinden is van belang.

De waargenomen verbeteringen in de ramingen hebben vooral betrekking op de jaren tot en met 2016. Juist vanwege de lange duur voordat jaren definitief kunnen worden vastgesteld, is het nog te vroeg om vergelijkbare conclusies te trekken voor 2017 en 2018. De omvang van de uitgaven in

deze jaren wordt in 2020 respectievelijk in 2021 vastgesteld. Over 2017 en 2018 zijn al wel veel declaraties ingediend. Een deel van deze declaraties zal nog gecorrigeerd worden als gevolg van de materiële controles en het herstel van fouten. Daardoor is nog niet met zekerheid te zeggen dat steeds sneller wordt gedeclareerd.

In het Programma Rechtmatige zorg 2018–2021 zijn acties opgenomen om correct declareren te bevorderen. In december 2018 bent u middels de voortgangsrapportage Rechtmatige zorg (Kamerstuk 28 828, nr. 111) geïnformeerd over de voortgang hiervan.

Het verbeteren van de ramingen is van belang om eerder en beter een beeld te hebben van de ontwikkeling van de zorguitgaven. Dat beeld wordt betrokken bij het ontwikkelen en monitoren van beleid. Daarnaast blijven voor het verantwoorden van het beleid en de zorguitgaven realisatiecijfers belangrijk. Naast de verbetering van de ramingen blijft een versnelling van de realisatie dan ook van belang.

Aanbevelingen van de Commissie Transparantie en Tijdigheid

De Commissie Transparantie en Tijdigheid heeft een aantal aanbevelingen gedaan die een betere raming van de zorguitgaven mogelijk kunnen maken, maar heeft daarnaast ook aanbevelingen gedaan over het eerder vaststellen van de definitieve zorguitgaven en over andere onderwerpen. Ik informeer uw Kamer hieronder over de stand van zaken met betrekking tot deze aanbevelingen.

In het schriftelijk overleg over de kabinetsreactie (Kamerstuk 33 654, nr. 32) heb ik in een tabel aangegeven hoe ik op de verschillende onderdelen actie wil ondernemen. Deze tabel vormt de basis voor het onderstaande overzicht van de stand van zaken.

- A. *De informatie over wat burgers en bedrijven bijdragen aan zorg verbeteren. In het jaarverslag 2017 zal hier aandacht aan besteed worden.*

In het jaarverslag 2017 is hier aandacht aan besteed. Vanaf het jaarverslag 2017 wordt in begroting en jaarverslag een aparte tabel opgenomen die vermeldt welke bedragen burgers en bedrijven naar verwachting zullen betalen, respectievelijk betaald hebben. Deze tabel is en wordt opgenomen in het Financieel Beeld Zorg.

- B. *Met betrokken partijen aan de slag om tijdwinst te realiseren in de verevening.*

In eerste instantie is door het Ministerie van VWS zelf een onderzoek uitgevoerd naar de haalbaarheid van de verkorting van de duur van het risicovereveningsproces. Uit dit onderzoek zijn twee mogelijke varianten naar voren gekomen die de duur van de risicoverevening zouden kunnen verkorten. Vervolgens is de haalbaarheid van deze twee varianten nader onderzocht door PricewaterhouseCoopers (PwC). Dit PwC-onderzoek werd begeleid door een begeleidingscommissie samengesteld uit vertegenwoordigers van VWS, Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de verzekeraars Zilveren Kruis en Zorg & Zekerheid. Dit onderzoek is in maart 2019 afgerond. Uw Kamer treft dit onderzoek als bijlage bij deze brief aan.

De twee onderzochte varianten gaan uit van het vervroegen van de tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage (VV2) en daarmee de definitieve vaststelling van de bijdrage (DV). De twee varianten zijn:

- Variant I: de kosten baseren op acht kaskwartalen (in plaats van twaalf kaskwartalen). Deze variant sluit aan bij het voorstel van de Commissie Transparantie & Tijdigheid, met het verschil dat de Commissie voorstelt één vaststellingsronde te laten vervallen (door VV2 en DV samen te voegen) voor nog eens een extra halfjaar verkorting;
- Variant II: de kosten baseren op negen kaskwartalen. Variant II neemt dan ook één kaskwartaal aan kosten meer mee dan variant I.

Aan het proces van de risicoverevening worden onderstaande randvoorwaarden gesteld. Bij het verkorten van het risicovereveningsproces dient het proces nog steeds aan deze randvoorwaarden te voldoen. De randvoorwaarden zijn:

- a) Juiste en volledige gegevens: alle gegevens zijn volledig en juist, alle gegevens zijn intern en extern gecontroleerd (inclusief accountantsverklaring), het zijn werkelijk gedeclareerde kosten en geen schattingen;
- b) Proces is stabiel en transparant: één proces voor alle deelbedragen – somatische zorg, GGZ en het verplicht eigen risico – en het proces is zuiver toe te rekenen naar jaar, waardoor vaststelling van de bijdrage ongevoelig is voor wijzigingen over jaren, zoals wijziging van het financieel risico van zorgverzekeraars;
- c) Snelheid van proces en afhankelijkheden: alle aanleveringen en werkzaamheden passen binnen het proces.

De conclusie van het onderzoek is dat verkorting op basis van variant I en variant II momenteel niet haalbaar is, omdat niet wordt voldaan aan alle gestelde randvoorwaarden.

De lange looptijd van de dbc-declaraties in de GGZ (maximaal 365 dagen) vormt de voornaamste bottleneck.

In variant I ontbreekt circa 7% (volgens de huidige ramingen is dat ruim € 200 miljoen in 2019) van de dbc-declaraties voor de GGZ bij de tweede voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage. Betrokkenen geven aan dat alternatieve oplossingen, zoals het doorschuiven van deze kosten – in het bijzonder de ontbrekende dbc-declaraties van de GGZ – naar een volgend jaar, of schattingen van deze kosten, leiden tot onzekerheid en instabiliteit. Dit is niet wenselijk. Bij variant II zijn alle dbc-declaraties van de GGZ wel bekend; echter dit leidt tot een extra jaarafsluiting met extra administratieve lasten.

De voordelen van verkorting wegen niet op tegen de nadelen van beide varianten. Betrokkenen verkiezen daarbij nauwkeurigheid, volledigheid van gegevens en stabiliteit van het proces boven tijdigheid van informatie over de te ontvangen risicovereveningsbijdrage.

Het eindrapport is ook door ZN besproken met de financieel deskundigen van de zorgverzekeraars. Deze deskundigen onderschreven de conclusie uit het onderzoek dat verkorting op basis van variant I of II uit het onderzoek op dit moment nog niet gewenst is. Men geeft in de huidige situatie de voorkeur aan een nauwkeurige vaststelling van de vereveningsbijdrage boven een snellere vaststelling. Dit laat onverlet dat in de komende jaren moet worden bezien in hoeverre de onzekerheden in het definitieve kostenniveau eerder kunnen worden gereduceerd, hetgeen op enig moment tot de keuze kan leiden tot een versnelling van de definitieve afrekening.

Het onderzoek laat zien dat de verkorting van de risicoverevening in de toekomst alleen mogelijk is als de doorlooptijd van de dbc-declaraties voor de GGZ wordt verkort.

Het onderzoek heeft geleerd dat deze dbc-declaraties bij voorkeur een maximale doorlooptijd van 120 dagen (gelijk aan de doorlooptijd van de dbc-declaraties van de MSZ), tot maximaal $\frac{3}{4}$ jaar hebben. De meeste meerwaarde wordt behaald bij verkorting van het proces met minimaal één jaar. Er is geen meerwaarde zodra minder dan $\frac{3}{4}$ jaar tijdwinst wordt behaald. Het resultaat van de VV2 over jaar t (bekend in september T+3) kan dan niet meer worden meegenomen in zowel de jaarrekening van jaar t+2 als de premiestelling van jaar t+3. In dat geval is er geen verschil met de huidige situatie, waarin de bijdrage van de VV2 wordt meegenomen in de jaarrekening van jaar t+3 en de premiestelling van jaar t+4.

Op dit moment werkt de NZa aan een advies over een nieuwe bekostiging voor de GGZ. De NZa bekijkt hierbij ook hoe een versnelling van declaratiemogelijkheden en informatievoorziening over zorgkosten en gebruik kan worden gerealiseerd. De verwachting is dat de NZa dat advies dit voorjaar oplevert.

- C. *Versnelling bekendmaken van prijslijsten en de monitoring daarvan betrekken bij de hoofdlijnenakkoorden.*

Over de versnelling van het bekendmaken van de prijzen zijn al eerder afspraken gemaakt. Dit onderwerp hoefde daarom niet nogmaals meegenomen te worden in de hoofdlijnenakkoorden.

In overleg met de NZa bekijken hoe de bekendmaking van prijslijsten in de praktijk ook op tijd gaat plaatsvinden.

De afspraak is gemaakt dat de prijzen zo snel mogelijk vastgesteld moeten worden. De NZa monitort dit. In het Bestuurlijk Overleg met partijen uit de medisch-specialistische zorg is besproken dat aan het begin van 2019 het deel van de zorg waarvoor prijslijsten zijn overeengekomen nog beperkt is. Maar verwachting van partijen is dat in het voorjaar van 2019 voor het overgrote deel van de MSZ die prijslijsten er wel zullen zijn. Dit blijft onderwerp van gesprek met de veldpartijen.

- D. *In overleg met veldpartijen zal ik kijken of er aanvullende landelijke afspraken gemaakt kunnen worden over professionalisering van de afspraken over tijdig declareren.*

Dit onderwerp is nogmaals onder de aandacht gebracht bij de veldpartijen. Ik wil de eventuele concretisering aan de veldpartijen overlaten.

- E. *Voornemen van het kabinet is om nieuwe hoofdlijnenakkoorden te sluiten.*

Er zijn in 2018 hoofdlijnenakkoorden gesloten voor de periode 2019–2022 met partijen in de MSZ (Kamerstuk 29 248, nr. 311), huisartsenzorg (Kamerstuk 33 578, nr. 58), wijkverpleging (Kamerstuk 29 689, nr. 911) en GGZ (Kamerstuk 25 424, nr. 420).

F. *Bespreken met partijen wat zij aanvullend nodig hebben voor het realiseren van horizontaal toezicht.*

Dit is besproken met partijen. Zoals in het Actieplan (Ont)regel de zorg (Kamerstuk 29 515, nr. 424) en in het Programmaplan Rechtmatige zorg 2018–2021 (Kamerstuk 28 828, nr. 108) is vermeld, voorkomt de invoering van horizontaal toezicht overmatige controledruk en brengt die vertrouwen terug in de onderlinge relatie. Dit wordt gerealiseerd door zorgverzekeraars en zorgaanbieders te laten samenwerken om de rechtmatigheid van declaraties te borgen door een toets op het proces vooraf in plaats van controle van gegevens achteraf. Zowel in de MSZ als in de GGZ wordt gewerkt aan de invoering van horizontaal toezicht. Het kabinet staat open voor verzoeken van partijen om waar nodig deze waardevolle initiatieven te ondersteunen.

G. *Met de NZa nagaan of, en zo ja hoe, het formaliseren van regelruimte kan worden uitgevoerd.*

Het vergroten van de ruimte voor verzekeraar en aanbieder om afspraken te maken over de te leveren zorg is opgenomen in het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met aanpassingen van de tarief- en prestatieregulering en het markttoezicht op het terrein van de gezondheidszorg (Kamerstuk 34 445, nr. 2). Hiermee zouden beter bij verzekerden passende prestaties kunnen worden overeengekomen. Daarnaast wordt bij de ontwikkeling van een nieuwe GGZ-bekostiging, waarover de NZa dit voorjaar naar verwachting een advies aan VWS uitbrengt, gestreefd naar een vereenvoudiging van de declaratieregels en een verlaging van de administratieve lasten.

In het rapport van de commissie is ook opgenomen dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen afspraken zouden moeten kunnen maken om maximaal 2% van de jaarschade met zelf in te vullen prestaties te kunnen declareren. Daar waar zorgverzekeraar en zorgaanbieder een contractuele relatie met elkaar aangaan zouden bijvoorbeeld ook afspraken kunnen worden gemaakt over het buiten werking zetten van specifieke regels die innovatie in de uitvoering van zorg belemmeren, al dan niet met tussenkomst van de NZa. VWS ziet ruimte om op onderdelen van «een zwart-witafrekenregime op basis van detailcontroles» naar een andere manier van verantwoorden te gaan. In het Hoofdlijnenakkoord GGZ is opgenomen dat partijen het erover eens zijn dat een procesgerichte verantwoording op gepast gebruik mogelijk en nodig is om de registratielast merkbaar te verminderen. Daarom is afgesproken, onder leiding van een onafhankelijke voorzitter, een Taskforce op te richten die op een meer procesmatige manier verantwoord over gepast gebruik. Daarnaast werken ZN en GGZ Nederland aan het inrichten van Horizontaal Toezicht.

H. *Loskoppelen van het eigen risico van de dbc-systematiek.*

In het regeerakkoord 2017–2021 is er bewust voor gekozen het huidige systeem van het eigen risico te handhaven.

- I. *Waar er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving om te bekostigen op gezondheidswinst en uitkomsten, die samen met de NZa oplossen.*

Op 2 juli 2018 heb ik u het plan «Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018–2022» (Kamerstuk 31 476, nr. 21) gestuurd. De NZa gaat in haar advies over de bekostiging MSZ ook in op de mogelijkheden om te bekostigen op gezondheidswinst en uitkomsten (zie aanbeveling J).

- J. *De NZa vragen de aanbevelingen over de ontwikkeling van nieuwe vormen van bekostiging en declaratie expliciet mee te nemen in de doorontwikkeling van de bekostiging MSZ en GGZ waarmee de NZa nu bezig is.*

In haar advies bekostiging medisch-specialistische zorg; Belonen van zorg die waarde toevoegt, dat ik u op 4 oktober 2018 heb aangeboden (Kamerstuk 29 248, nr. 314), heeft de NZa deze aanbeveling meegenomen. De NZa zet in op het stimuleren van afspraken die gericht zijn op het bevorderen van zorg die waarde toevoegt. Dergelijke innovatieve afspraken zijn binnen het huidige systeem al mogelijk. Het advies van de commissie om een eenvoudig declaratiesysteem in te voeren met prestaties die per dag afrekenbaar zijn, sluit aan bij het advies waarin de NZa mogelijkheden ziet om de dbc-systematiek te vereenvoudigen en op termijn over te gaan op een systeem dat is gebaseerd op de huidige zorgactiviteiten. Dit kan bijdragen aan een sneller inzicht in de definitieve uitgaven. Nader onderzoek naar de effecten van een dergelijke aanpassing op onder andere de risicoverevening en het eigen risico is nodig voordat hierover een besluit genomen kan worden. Zoals ik in de aanbiedingsbrief van het NZa-advies heb aangegeven, sluit ik mij aan bij het advies van de NZa om voor de komende jaren te kiezen voor een stabiel declaratiesysteem zodat er ruimte is voor het uitbreiden van contractering op waarde voor de patiënt.

Ook in het advies over de bekostiging van de GGZ en forensische zorg (FZ), dat de NZa dit voorjaar verwacht uit te brengen, zal ingegaan worden op de aanbevelingen van de commissie.

- K. *Partijen krijgen nog een laatste kans om vrijwillig goede onderhandenwerkleveringen te realiseren. Lukt dit niet, dan kijken hoe een verplichting in de regelgeving is op te nemen.*

De onderhandenwerkleveringen van ziekenhuizen zijn in de afgelopen jaren sterk verbeterd. Vrijwel alle ziekenhuizen leveren nu goede informatie over het onderhanden werk. Wat nog ontbreekt betreft voornamelijk het onderhanden werk van zbc's. Omdat de uitgaven van zbc's slechts enkele procenten van de uitgaven in de MSZ uitmaken en omdat de doorlooptijden bij zbc's korter zijn dan bij de ziekenhuizen, gaat het niet om een groot probleem. Verzekeraars hebben ook aangegeven met de huidige onderhandenwerklevering goed uit de voeten te kunnen. Het is dan ook niet aan de orde om een verplichting in de regelgeving op te nemen. Ik zal de aanlevering van het onderhanden werk wel blijven volgen.

- L. *Met ZN, Vektis en het Zorginstituut bespreken hoe we meer standaardisatie in aanlevering aan het Zorginstituut kunnen bewerkstelligen waarbij ook aandacht is voor het beperken van de administratieve lasten voor verzekeraars.*

Zoals in het algemeen beeld is aangegeven, zijn de ramingen van de zorgverzekeraars al een stuk stabielier dan voorheen. Met het Zorginstituut is gesproken over de mogelijkheden om de kwaliteit van de ramingen verder te verbeteren. Het is van belang dat zorgverzekeraars de beschikbare informatie optimaal benutten voor de raming, maar dat ook de eigen expertise wordt benut. Dit heeft de commissie ook in haar advies opgemerkt. Samen met het Zorginstituut is een project gestart om de ramingen van de zorgverzekeraars te verbeteren. Daarvoor zal eerst in overleg met de zorgverzekeraars worden geïnventariseerd hoe de verzekeraars nu ramen en welke beperkingen zij zien. Hieruit zullen best practices worden ontwikkeld, die vervolgens door de verzekeraars geïmplementeerd kunnen worden.

- M. *Doorgaan op het pad dat is ingeslagen met het memorandum van overeenstemming over informatievoorziening over de zorguitgaven dat afspraken bevat tussen VWS, IGZ, NZa, Zorginstituut, Vektis en ZN om zo goede toegang mogelijk te maken tot de aanwezige zorggegevens.*

Zoals mijn voorganger u heeft aangekondigd (Kamerstuk 27 529, nr. 141) zijn, om de toegang van de publieke organen NZa, Zorginstituut, IGZ (tegenwoordig IGJ) en VWS tot informatie voor het uitvoeren van hun wettelijke taak verder te vereenvoudigen voorbereidingen getroffen voor het creëren van een Zorgdataplatform. Voor het platform is door Vektis een testversie gerealiseerd met zorgdeclaratiedata. Momenteel worden voorbereidingen getroffen om te komen tot een meer definitieve realisatie van het Zorgdataplatform, waarmee ook de huidige bestandsleveringen tussen zorgverzekeraars en overheidspartijen kunnen worden uitgefaseerd. Het beschikbaar stellen van de data en het platform zullen voor rekening komen van de zorgverzekeraars. Uitgangspunten voor het platform zijn dat de data direct van de bron zijn en daar ook blijven, dat aantoonbaar wordt voldaan aan de AVG en dat hiermee een vermindering van administratieve lasten en een kostenbesparing worden gerealiseerd.

Onderzoeken of en hoe een bijdrage tot een betere toegang tot informatie kan worden gerealiseerd door in de zorgwetten een soortgelijke passage op te nemen als voor het jeugdbeleid in de Jeugdwet staat.

De huidige wet- en regelgeving biedt voldoende basis om anonieme gegevens bij het Zorginstituut en de NZa op te vragen voor de taken van de Minister. Met het bij koninklijke boodschap van 25 september 2018 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en enige andere wetten in verband met het controleren van de verzekeringsplicht voor de zorgverzekering en het regelen van de verwerking van gepseudonimiseerde persoonsgegevens door Onze Minister voor Medische Zorg, het Zorginstituut Nederland en het RIVM (Kamerstuk 35 044) wordt ook geregeld dat het Zorginstituut gepseudonimiseerde persoonsgegevens van de zorgverzekeraars mag

(laten) verwerken voor het gevraagd en ongevraagd signaleren aan de ministers van feitelijke ontwikkelingen op het gebied van de kosten van zorg. Het gaat om zorg die behoort tot het te verzekeren pakket voor de zorgverzekering en het verzekerde pakket van de Wet langdurige zorg. Het Zorginstituut verwerkt de gepseudonimiseerde persoonsgegevens tot beleidsinformatie zonder persoonsgegevens voor de ministers. Hiermee is het niet meer nodig in de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg een soortgelijke passage op te nemen als voor het jeugdbeleid in de Jeugdwet staat.

Onderzoeken hoe Standard Business Reporting (SBR), of elementen daarvan, binnen het beleid ingezet kan worden. In het Informatieberaad worden afspraken gemaakt over informatie-uitwisseling.

SBR is een specifieke serie van oplossingen ten behoeve van (financiële) verantwoording. Uit een verkenning blijkt dat de belofte van een methodiek zoals deze door SBR gevolgd wordt (standaardisatie van de gegevens (eenheid van taal), digitaal vastleggen en system-to-system uitvragen (eenheid van techniek)) groot kan zijn en dat hiermee een sneller en beter inzicht kan ontstaan, met minder administratieve lasten. Op den duur kan dit zorgen voor realtime inzage en kan het system-to-system werken leiden tot eenvoudiger, beter en sneller inzicht in de zorg. Voor een dergelijke benadering van de informatievoorziening zal echter aan een aantal basisvoorwaarden voldaan moeten zijn die nu niet ingevuld zijn. Zo zijn bronregistraties nog niet op orde of gestandaardiseerd en is het vaak niet mogelijk informatie uit systemen te ontsluiten. Er lopen echter binnen de zorg al veel initiatieven met betrekking tot standaardisatie en automatisering die hiervoor de opmaat kunnen vormen. Zo heeft het Informatieberaad het outcome-doel «eenmalig vastleggen, meervoudig gebruik» in een bestuurlijk akkoord vastgelegd en werkt men hard aan standaardisatie van gegevens, processen en techniek. Hierbij valt te denken aan standaarden vastleggen samen met alle stakeholders (Zorg Informatie Bouwstenen – ZIB's), registratie aan de bron, en system-to-system uitwisseling mogelijk maken voor onder andere het declaratieverkeer.

Ik ga ervan uit u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins