

Bijlage: Reactie per aanbeveling

Thema 1: Verantwoording en rolvastheid

A. Definiëring van de zorguitgaven: gebruik een methodiek die past bij het doel

De commissie adviseert, in ieder geval voor de verantwoording over de zorguitgaven door de minister aan de Tweede Kamer, als definitie van de zorguitgaven niet meer de 'schade' van de zorgverzekeraars maar de 'opbrengsten' van de zorgverzekeraars te gebruiken.

Het kabinet-Rutte III heeft in zijn regeerakkoord expliciet opgenomen dat de geldende begrotingsregels worden bestendigd, inclusief de aanpassingen die de 15^e Studiegroep Begrotingsruimte heeft geadviseerd. Het kabinet zal derhalve blijven werken met een vast uitgavenplafond en lastenkader.

De 15^e Studiegroep Begrotingsruimte heeft echter expliciet gekeken naar de samenhang tussen de beheersing van de zorguitgaven en de beheersing van de zorgpremies. Dit heeft geleid tot een voorstel om de bestaande werkwijze op hoofdlijnen in stand te houden, maar op enkele kleine punten te verbeteren ten aanzien van de meting van de zorglasten¹.

Het kabinet heeft er bij zijn aantreden voor gekozen om niet over te gaan tot een andere definitie van de zorguitgaven. Het ligt dan ook niet in de rede om bij de verantwoording aan de Kamer over de zorguitgaven wel uit te gaan van de lasten (ook al omdat de zorgpremies ook beïnvloed worden door andere zaken dan de zorguitgaven).

Van belang voor deze keuze is ook de verantwoordelijkheid voor de uitgavenbeheersing. Anders dan de commissie stelt, is de verantwoordelijkheid daarvoor niet overgedragen aan zorgverzekeraars. Zij spelen wel een belangrijke rol bij de uitgavenbeheersing, maar de minister draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de uitgavenbeheersing van de zorg.

De commissie pleit onder andere voor verantwoording over zorguitgaven via de opbrengsten van zorgverzekeraars, omdat in het perspectief van de burgers en bedrijven de ontwikkeling van hetgeen zij bijdragen aan de zorg van belang is. Dat burgers en bedrijven primair geïnteresseerd zijn in wat zij bijdragen, erkent het kabinet. De begroting en het jaarverslag bieden hier ook al informatie over. Het kabinet zal op basis van het advies van de commissie bezien of het mogelijk is om deze informatie te verbeteren. In het jaarverslag 2017 zal hier aandacht aan besteed worden.

De commissie stelt voor om met de definiëring van de zorguitgaven ook het overheidsinstrumentarium aan te passen dat kan worden ingezet om een macrobudgettaire overschrijding te redresseren. Als de overheid niet meer op de schadelast van verzekeraars zou sturen, is het volgens de commissie ook niet meer aan de overheid om "het probleem van schadelastoverschrijding te helpen oplossen" door de (dreigende) inzet van het macrobeheersinstrument (mbi). Als alternatief instrument noemt de commissie, naast de mogelijkheid om in te grijpen in het basispakket of de hoogte van eigen betalingen, de mogelijkheid om de nominale premie van de basisverzekering te begrenzen. Dit laatste instrument past bij de door de commissie voorgestelde overheidssturing op de "opbrengsten" van zorgverzekeraars.

Omdat, zoals toegelicht, voor de overheid de schadelast leidend zal blijven voor het sturen op de zorguitgaven, houdt het kabinet ook vast aan het generieke macrobeheersinstrument (mbi), waarmee – als ultimum remedium – macrobudgettaire overschrijdingen kunnen worden geredresseerd. Overigens heeft de vorige staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer op 19 april 2017 het rapport "Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder restrictie

¹ Zie pagina 42-44 van het Rapport van de 15^e studiegroep Begrotingsruimte

van een macrobudget" aangeboden.² Dit rapport gaat onder andere in op de vormgeving van het mbi en op alternatieve manieren van kostenbeheersing, zoals het begrenzen van de nominale premie.

Thema 2: Administratieve processen

B. Vervroeg de definitieve vereveningsronde en verminder het aantal vereveningsrondes

De commissie adviseert de definitieve vaststelling van de verevening anderhalf jaar eerder te laten plaatsvinden (in september t+2 in plaats van in maart t+4). Zo kan één vereveningsronde vervallen en staat de schade anderhalf jaar eerder vast. Met de doorvoering van de andere voorstellen in het rapport zou in de toekomst verdere vervroeging mogelijk zijn en kan worden volstaan met één vereveningsronde. In die eindsituatie vindt de definitieve verevening plaats in september t+1.³

Ik ben het met de commissie eens dat een korter vereveningstraject wenselijk zou zijn. Navraag bij Zorginstituut Nederland (ZiNL) leidt echter tot de conclusie dat de verkorting die de commissie voorstelt niet realistisch is. De lange tijd die nodig is om jaar t definitief voor de verevening af te sluiten (1 april t+4) wordt vooral veroorzaakt door lange doorloop- en declaratietijden: zowel de schade als de zorginhoudelijke registraties zijn nodig voor de vaststelling. Voor de risicoverevening zijn niet alleen detailgegevens nodig van de zorgverzekeraars, maar ook van andere partijen: Wlz-uitvoerders, de Belastingdienst, het UWV en DUO. Alle partijen dienen de gegevens met de hoogst mogelijke kwaliteit (volledigheid en juistheid) aan te leveren en zijn daarbij ook weer afhankelijk van andere partijen.

Daarnaast spelen de formele en materiële controles op rechtmatigheid en het toezicht door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) als belangrijke factoren die de lange definitieve vaststellingstermijn bepalen.

Op dit moment zorgen de doorloop- en declaratietijden in de GGZ voor de grootste vertraging, waardoor een eerdere definitieve vaststelling van een juiste risicoverevening tussen zorgverzekeraars negatief wordt beïnvloed. In de MSZ heeft de verkorting van de maximale DBC-doorlooptijd voor een aanzienlijke versnelling gezorgd. Naast verbeteringen in de GGZ zijn er ook verbeteringen noodzakelijk in (het proces van) de gegevensaanlevering van de wijkverpleging en wellicht zijn ook in andere onderdelen van de curatieve zorg nog operationele efficiëntieslagen in administratie, aanlevering en controles mogelijk. Dit tezamen zou het proces tot de definitieve verevening enigszins kunnen verkorten, al zal dit meer in termen van maanden dan jaren zijn (naar verwachting maximaal een jaar). De mogelijkheden van verkorting van het vereveningstraject hangen samen met de doorlooptijden van de declarabele prestaties. De vormgeving van de bekostiging in de GGZ en de doorontwikkeling van de DBC's in de MSZ kunnen van groot belang zijn.

De versimpeling en verkorting van het traject naar één jaar, zoals de commissie als uiteindelijke doel voor ogen heeft, vergt forse en fundamentele aanpassingen die niet binnen het huidige stelsel kunnen worden gerealiseerd. De mogelijkheden voor verkorting van het vereveningstraject zie ik daarom alleen in bovengenoemde operationele en administratieve versnellingen. Ik wil met ZiNL bezien hoe we dit kunnen concretiseren. Daarbij wil ik niet alleen kijken naar de mogelijkheden om het hele vereveningsproces eerder af te ronden, maar ook naar de tijdwinst die daarbij te behalen

² TK 31765, nr. 271. Het rapport is opgesteld door iBMG en AKD.

³ Op bladzijde 41 van het rapport van de commissie staat een schematische weergave van het advies voor het vervroegen van het vereveningsproces. In deze weergave staat een onjuistheid. De Tweede voorlopige verevening in de presentatie van de huidige weergave van het vereveningsproces vindt niet in de maand september t+2 plaats, maar in september t+3, na de definitieve opgave van de schade. In de presentatie van de vervroeging van de definitieve vereveningsronde zou de definitieve verevening volgens de gebruikelijke werkwijze overigens niet in de maand september t+2 maar in maart t+3 plaatsvinden. Verdere vervroeging naar september t+2 heeft nog meer voeten in de aarde.

is voor het moment waarop de definitieve schade op totaalniveau bekend is. Bij het voorbereiden van wijzigingen in het stelsel, zoals momenteel in de GGZ, is het effect op de doorlooptijden van de declarabele prestaties van groot belang. Bij de GGZ is een van de uitgangspunten bij de nieuwe bekostiging dan ook om te komen tot kortere doorlooptijden.

C. Pas de contracteringsdeadline ook toe voor prijslijsten

De commissie constateert in haar rapport dat zorgverzekeraars in de praktijk tot 12 november de tijd hebben om de contractafspraken voor het daaropvolgende jaar rond te maken, maar dat deze deadline veelal niet wordt gehaald als het gaat om de prijslijsten per prestatie. De commissie adviseert om deze deadline van toepassing te laten zijn op de prijslijsten en dit te laten opnemen in de relevante regelgeving.

Ik ben het met de commissie eens dat prijslijsten eerder bekend moeten zijn. Naast het feit dat daardoor eerder inzicht is in de totale zorguitgaven, vind ik dat patiënten er recht op hebben om te weten wat de prijs van de behandeling. In dit kader is relevant dat partijen in de MSZ reeds op landelijk niveau afspraken hebben gemaakt over de contractering, waarbij het streven is opgenomen om uiterlijk 1 januari afspraken te hebben over prijslijsten van dat betreffende jaar. De NZa monitort vanuit haar rol als toezichthouder de voortgang van de contractering. In de praktijk blijkt de deadline voor de prijslijsten nog niet goed gehaald te worden, onder andere door veranderingen in de regelgeving. Er is echter wel duidelijk een versnelling te zien ten opzichte van eerdere jaren. Tegen deze achtergrond heb ik er een voorkeur voor dat partijen een verdere versnelling zelf realiseren, zonder regelgeving van de NZa.

Ik streef ernaar om de afspraken met veldpartijen over het sneller bekend worden van prijslijsten en de monitoring ervan voort te zetten, bijvoorbeeld in eventuele nieuw af te sluiten hoofdlijnenakkoorden. Tegelijkertijd zal ik in overleg met de NZa bekijken hoe de bekendmaking van prijslijsten in de praktijk ook op tijd gaat gebeuren.

D. Verbind consequenties aan declaratieafspraken

De commissie adviseert om de afspraken over tijdig declareren te professionaliseren, zodat facturen op tijd aan zorgverzekeraars verzonden worden. Afspraken hierover zouden volgens de commissie vanuit de overheid gestimuleerd kunnen worden in meerjarenakkoorden met zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Het verder professionaliseren van afspraken over tijdig declareren is, waar nodig, een 'no-regret'-optie. Ik ga er dan ook vanuit dat partijen hier onderling goede afspraken over maken. Zij hebben immers zelf ook een wezenlijk belang bij het naleven van tijdige declaratietermijnen. Hierin is geen directe rol weggelegd voor de overheid, naast de wettelijke regels en afspraken die al gelden. Ik zal in overleg met veldpartijen kijken of aanvullende landelijke afspraken gemaakt kunnen worden.

Thema 3: Werking van het stelsel

E. Benut hoofdlijnenakkoorden voor versnelling en verbetering

De commissie doet de aanbeveling om ook in de komende jaren hoofdlijnenakkoorden af te sluiten. De commissie stelt dat dit zekerheid geeft over de beschikbare plafonds voor de komende jaren en daarmee de condities verbetert voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om samen te werken op de thema's kwaliteit, gepast gebruik en doelmatigheid en daarover meerjarige afspraken te maken.

Deze aanbeveling van de commissie ondersteunt het voornemen van het kabinet om nieuwe hoofdlijnenakkoorden te sluiten, zoals opgenomen in het regeerakkoord.

F. Ondersteun sectorbrede invoering van Horizontaal Toezicht

De commissie adviseert de verdere ontwikkeling van Horizontaal Toezicht te ondersteunen zodat een sectorbrede toepassing binnen de hele curatieve zorg kan worden gerealiseerd.

Ik ben voorstander van de verdere ontwikkeling van Horizontaal Toezicht. Het initiatief daarvoor ligt bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Zij maken afspraken die er op gericht zijn om de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg te borgen in de bedrijfsprocessen van zorgaanbieders. Zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar maken daarbij samen afspraken over gerichte verbeteringen in de toekomst. Dit leidt tot minder onrechtmatigheid, tot afname van toezichtkosten en van administratieve lasten en tot meer aandacht van zorgaanbieders voor verbetering van hun bedrijfsvoering. Partijen benutten Horizontaal Toezicht ook als middel om gepast gebruik in de MSZ op te gaan pakken. Ik sta achter deze acties en zie de meerwaarde van deze samenwerking. Als volgende stap zie ik graag een uitbreiding van de toepassing van dit concept naar andere onderdelen van de curatieve zorg. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders (zoals in de GGZ) hebben deze ambitie ook en hebben al afspraken gemaakt om dit te realiseren. Waar nodig kan het kabinet ondersteunen. Ik zal met partijen bespreken wat zij hiervoor aanvullend nodig hebben.

G. Formaliseer regelruimte

De commissie schrijft dat er in de zorgsector een grote druk wordt ervaren van controles op de rechtmatigheid van de zorguitgaven en dat door een eenzijdige focus op rechtmatigheid en uitgavenbeheersing onderwerpen als kwaliteit en gepast gebruik onderbelicht blijven. Naar aanleiding daarvan adviseert de commissie om zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer ruimte te geven om het begrip 'rechtmatigheid' van declaraties samen nader in te vullen waar het gaat om zorg die voldoet aan de basiscriteria van de Zorgverzekeringswet. De commissie spreekt hier van het 'formaliseren van regelruimte'. Volgens de commissie kan dit bijvoorbeeld door het verruimen of afschaffen van (te) strikte declaratiespelregels en/of door toe te staan dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars, al dan niet met tussenkomst van de NZa, declaratieregels (deels) buiten werking stellen. Het gaat hierbij dus niet om het gedogen van het niet naleven van regels, maar om het binnen de regels mogelijk maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars iets anders afspreken. De commissie noemt ook de optie om toe te staan dat maximaal 2% van de jaarschade met door zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf in te vullen prestaties kan worden gedeclareerd.

Ik ben er voorstander van om het mogelijk te maken in goed overleg gedetailleerde regels buiten werking te stellen als die regels het moeilijker maken goede toegankelijke betaalbare zorg te leveren. Wel moeten controle en toezicht op de naleving van de Zorgverzekeringswet (Zvw) mogelijk zijn. De patiënt moet daadwerkelijk de zorg ontvangen waarop deze redelijkerwijs is aangewezen, in overeenstemming met de stand van wetenschap en praktijk. Verder moet, in het belang van patiënt en premiebetaler, een correcte uitvoering van eigen betalingen en de risicoverevening mogelijk blijven.

Op dit moment verkent VWS al samen met de NZa of er meer ruimte voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars kan worden gecreëerd om door die partijen zelf in te vullen declarabele prestaties af te spreken.

De aanbevelingen van de commissie gaan echter niet alleen over vormgeving van declarabele prestaties, maar ook over de declaratievoorwaarden en registratievoorschriften. In de aandachtspuntenbrief voor 2017 is de NZa gevraagd in het kader van de aanpak regeldruk kritisch te kijken naar de eigen regelgeving en deze af te schaffen en/of te vereenvoudigen en waar mogelijk te verduidelijken. Ik zal de NZa in aanvulling daarop nog expliciet vragen hoe aan deze aanbeveling van de commissie invulling kan worden gegeven.

Overigens ben ik er nog niet van overtuigd dat het wenselijk is om de 'regelruimte' te koppelen aan een percentage van de jaarschade, een optie die de commissie noemt. De 2% die de commissie

noemt lijkt arbitrair en het is lastig een dergelijk percentage adequaat te onderbouwen. Aan zo'n hard afgebakende grens lijkt een risico van nieuwe administratieve en controlelasten te kleven. Ik zal de NZa vragen ook op nut en noodzaak van deze optie in te gaan.

Thema 4: Bekostiging en eigen risico

H. Koppel het eigen risico los van de DBC-systematiek

De commissie stelt voor het eigen risico los te koppelen van de DBC-systematiek en bijvoorbeeld voor het eigen risico forfaitaire bedragen te hanteren.

Een belangrijk voordeel van deze loskoppeling is dat mensen minder vaak een onverwacht hoge rekening zullen krijgen, zeker als ze van te voren weten welke behandeling ze zullen ondergaan. Zoals de commissie aangeeft, kan dit bijdragen aan het rechtvaardigheidsgevoel van de burger en de duidelijkheid voor verzekerden vergroten.

Er kleven echter ook ernstige bezwaren aan het voorstel. Het voorstel is niet nader uitgewerkt terwijl daarbij – zoals de commissie ook aangeeft – juist een reeks van lastige politieke en praktische keuzes moeten worden gemaakt. Zo pakt de door de commissie voorgestelde systematiek vooral gunstig uit voor de relatief gezonde verzekerden met weinig behandelingen. Voor chronisch zieken is het zorggebruik vaak dusdanig hoog dat zij ook onder deze systematiek het eigen risico zullen volmaken.

Daarnaast heeft het voorstel budgettaire consequenties. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft ter illustratie in 2015 een aantal alternatieven voor het huidige eigen risico doorgerekend.^[1] Daarbij zijn ook varianten betrokken die vergelijkbaar zijn met de aanbeveling door de commissie. Uit de doorrekening blijkt dat zonder aanpassing van het maximumbedrag van het verplicht eigen risico de voorgestelde eigenbijdrageregeling zo'n € 1,0 miljard minder opbrengsten zou opleveren, terwijl de zorguitgaven met € 0,1 miljard zouden stijgen door een minder groot remmend effect van de regeling. Deze effecten leiden samen tot een overschrijding van het uitgavenplafond met € 1,1 miljard. Hierbij is geen rekening gehouden met de mogelijk stijgende uitvoeringskosten. Het is mogelijk om de lagere inkomsten te compenseren door het maximum van het verplicht eigen risico te verhogen. Daarmee zouden vooral de chronisch zieken geraakt worden. Een andere mogelijkheid zou zijn om een hoger bedrag uit de premie-inkomsten te dekken. Voor alle volwassen verzekerden zou dat leiden tot een premieverhoging van rond de € 75.

Het is zeker zo dat de tussen zorgaanbieder en verzekeraar overeengekomen prijzen in de zorg voor verzekerden vaak nog niet transparant dan wel goed vindbaar zijn. Daardoor weten verzekerden vaak niet hoeveel eigen risico zij verschuldigd zijn, ook niet ingeval ze van te voren weten welke behandeling ze zullen ondergaan. Daarom is in het regeerakkoord afgesproken dat deze prijzen stapsgewijs transparant gemaakt moeten worden en de verschillen tussen prijzen ook inzichtelijk worden. Dat is een andere route dan de commissie kiest met haar voorstel. Een extra nadeel daarvan is dat het kostenbewustzijn van verzekerden kan afnemen, omdat de eigen bijdragen bij alle zorgaanbieders hetzelfde zijn. Het kabinet vindt het echter van belang dat verzekerden inzicht hebben in kostenverschillen tussen zorgaanbieders en die verschillen naast andere overwegingen zoals kwaliteit kunnen betrekken in hun keuze.

In het regeerakkoord 2017-2021 is er bewust voor gekozen het huidige systeem van het eigen risico te handhaven en het verplicht eigen risico tot en met 2021 te bevriezen op € 385.

I. Stimuleer innovatieve resultaatafspraken

De commissie heeft geadviseerd om een nieuwe manier van financieren, met positieve prikkels als het gaat om gezondheidswinst of uitkomsten van zorg, beter mogelijk te maken. Voor innovatieve afspraken tussen zorgverzekeraar(s) en aanbieder(s), bijvoorbeeld op basis van uitkomsten van behandelingen of gezondheidswinst moeten volgens de commissie binnen de contractering

^[1] Zorgkeuzes in Kaart, bijlage bij TK 29689, Nr. 596

afspraken kunnen worden gemaakt. Daar waar regelgeving als belemmerend wordt ervaren, zou volgens de commissie de NZa deze kunnen aanpassen om deze afspraken te stimuleren.

Ik ben het eens met de commissie dat bekostigen op gezondheidswinst en uitkomsten de toekomst is. Het is nu al mogelijk voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om innovatieve contracteringsafspraken te maken waarbij goede resultaten worden beloofd. In de praktijk zien we soms al dat zorgverzekeraars ruimere volumeafspraken maken met zorgaanbieders bij goede uitkomsten, of werken met een systeem van belonen waarbij de opbrengsten gedeeld worden tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar (shared savings). Hierbij wordt onder andere gebruik gemaakt van kwaliteitsinformatie en uitkomsten (value based health care).

Het kabinet ondersteunt deze beweging. Ik volg de initiatieven met interesse en ga met de initiatiefnemers in gesprek. Mochten er belemmeringen zijn in wet- of regelgeving, dan kijk ik, samen met de NZa, of deze opgelost kunnen worden door regels aan te passen of eventueel door het starten van een experiment.

J. Ontwikkel nieuwe vormen van bekostiging en declaratie

De commissie merkt op dat de NZa momenteel de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem in de GGZ onderzoekt en de doorontwikkeling van het bekostigingssysteem in de MSZ voorbereidt. De commissie adviseert om daarbij onderscheid te maken tussen het declaratiesysteem, het bekostigingssysteem en de informatie-uitwisseling. Declaraties betreffen de feitelijke betalingen voor zorg op basis van (door de overheid voorgeschreven) declaratie-eenheden. De commissie ziet de bekostiging als de vergoeding voor zorg waarover zorgverzekeraars en zorgaanbieders met elkaar afspraken maken en waarbij veel vrijheden zijn. De informatie-uitwisseling moet een basis bieden voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders om hun afspraken beter te kunnen richten op zorg(vraag)zwaarte, kwaliteit en uitkomsten van de zorg. De commissie adviseert het door de overheid voorgeschreven declaratiesysteem eenvoudig te houden en te baseren op prestaties die per dag kunnen worden afgerekend. Dit maakt de financiële afwikkeling eenvoudiger en begrijpelijker voor de burger.

Ik ondersteun op hoofdlijnen de denkrichting van de commissie, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen door de overheid voorgeschreven tarieven en declaraties (declaratiesysteem), inkoop/contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over prijs, inhoud en volume van zorg (bekostiging) en de informatievoorziening. Deze benadering biedt aanknopingspunten om eenvoudiger tarief- en prestatiesystemen voor de curatieve zorg te ontwikkelen en sneller inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de zorguitgaven. De NZa heeft in haar meest recente voortgangsrapportage over de ontwikkeling van een nieuwe GGZ-bekostiging de hoofdlijn geschetst van het model dat de komende tijd samen met de GGZ-sector en zorgverzekeraars zal worden uitgewerkt (Kamerstuk 25424, nr. 371). Belangrijke elementen van de benadering die de commissie voorstaat zijn hierin te herkennen.

Ik zal de NZa verzoeken de aanbevelingen van de commissie expliciet te (blijven) betrekken bij de verdere (door)ontwikkeling van de tarief- en prestatiesystemen voor de MSZ en GGZ en hier expliciet op in te gaan bij hun advisering over deze systemen.

Thema 5: Monitoren en ramen

K. Verplicht de periodieke aanlevering van onderhandenwerkinformatie

De commissie stelt dat de levering van het onderhanden werk (OHW) essentieel is voor de raming van de jaarschade door de verzekeraars. Daarnaast levert het OHW ook een beeld op van de te verwachten schade. Op dit moment leveren niet alle zorgaanbieders het OHW volledig, tijdig en van goede kwaliteit. De commissie doet de suggestie dat zorgverzekeraars als drukmiddel de

bevoorschotting strikter kunnen koppelen aan een goede aanlevering van de OHW-informatie. Eventueel zou een verplichte aanlevering in de regelgeving kunnen worden opgenomen.

Ik vind dit een belangrijke aanbeveling van de commissie. Ik ben groot voorstander van een goede, tijdige en volledige aanlevering van gevraagde gegevens op vrijwillige basis om de raming van de jaarschade te verbeteren. Dit punt speelt al heel erg lang, waarbij op vrijwillige basis nog te weinig resultaat is geboekt. Partijen krijgen wat mij betreft nog een laatste kans om vrijwillige levering te realiseren. Lukt dit niet dan zal ik kijken hoe ik een verplichting in de in de regelgeving kan opnemen.

L. Standaardiseer waar mogelijk de ramingen van zorgverzekeraars

De commissie stelt voor de raming van de jaarschade die zorgverzekeraars aan ZiNL leveren waar mogelijk verder te standaardiseren. De commissie merkt daarbij op dat de standaard zo moet worden vastgesteld dat zorgverzekeraars de beschikbare informatie optimaal benutten voor de raming, maar dat de eigen expertise ook moet worden benut. De commissie is er voorstander van dat ook het OHW wordt gebruikt voor het verscherpen van de raming.

Ik onderschrijf het belang van een kwalitatief zo goed mogelijke raming van de jaarschade, zonder systematische onder- of overschatting. Ik wil graag met ZN, Vektis en ZiNL in gesprek hoe we die kunnen bereiken en welke rol het OHW, standaardisatie van de jaarraming en de inzet van eigen expertise door zorgverzekeraars daarbij kunnen spelen.

M. Creëer toegang tot aanwezige zorggegevens

De commissie adviseert goede toegang mogelijk te maken tot de aanwezige zorggegevens voor zover de overheidspartijen die gegevens nodig hebben voor hun wettelijke taak. Daarvoor zou de overheid volgens de commissie verder moeten gaan op het pad dat is ingeslagen met het memorandum van overeenstemming dat afspraken bevat tussen VWS, IGZ, NZa, ZiNL en Vektis en met de eerste stap in de uitvoering van de afspraken, het Zorgdataplatform.

Ook stelt de commissie vast dat voor de minister van VWS geen duidelijke taak in de zorgwetten terug te vinden is op basis waarvan de minister toegang tot informatie kan krijgen. Daarom adviseert de commissie om de toegang tot informatie die nodig is om een zorgvuldig en samenhangend zorgbeleid te voeren en stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen op dezelfde manier in de zorgwetten (Zvw, Wlz, Wmo en Wmg) mogelijk te maken als dat is gebeurd voor het jeugdbeleid in de Jeugdwet.

Ten slotte pleit de commissie voor een snellere en betere vormgeving van informatie-uitwisseling op langere termijn met minder administratieve lasten. De commissie adviseert te onderzoeken hoe met Standard Business Reporting (SBR) stappen gezet kunnen worden naar een gestandaardiseerde informatie-uitwisseling.

Ik ben het met de commissie eens dat de toegang tot gegevens belangrijk is voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg en daarmee in het belang van de burger. De commissie richt zich daarbij (vanuit haar opdracht) vooral op de toegang die de overheid heeft tot de gegevens. Dit is zeker een belangrijk aspect van de toegang tot zorginformatie, maar ik wil hier graag bij opmerken dat het bij de toegang tot zorggegevens om veel meer gaat dan alleen de toegang van de overheid tot informatie. Voor mij staat de patiënt daarbij centraal; regie kunnen voeren over de eigen gezondheid is daarbij het doel. Betere transparantie en betere vergelijkbaarheid maken het voor de burger makkelijk om deze regie te kunnen voeren en samen met de professional te kunnen beslissen over zijn zorg. Terecht merkt de commissie op dat het belangrijk is voor de burger dat daarbij ook de bescherming van persoonsgegevens goed is geregeld over de volle lengte van de zorgketen.

Met het memorandum van overeenstemming en het zorgdataplatform is inderdaad een pad ingeslagen waarmee het voor (overheids)partijen beter mogelijk wordt om toegang te krijgen tot zorggegevens die nodig zijn voor de uitvoering van hun wettelijke taak. De bedoeling van de afspraken in het memorandum is een goede toegang tot gegevens die nodig zijn voor de uitvoering van wettelijke taken, te combineren met eenduidigheid van cijfers, lagere administratieve lasten en vooral ook het goed regelen van de toegang tot de cijfers met volle aandacht voor de bescherming van persoonsgegevens. De aanbeveling van de commissie om op dit pad verder te gaan zie ik als ondersteuning van het beleid.

De zorgwetten geven de beleidsverantwoordelijke minister geen wettelijke taak op basis waarvan toegang tot informatie kan worden gekregen. Wel zijn er andere wetten op basis waarvan informatie kan worden opgevraagd. Het meest concreet wordt dat in de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen⁴. Met een passage in de zorgwetten zoals de commissie voorstelt wordt duidelijk voor welk doel informatie verstrekt kan worden, namelijk om een zorgvuldig en samenhangend zorgbeleid te voeren en stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen. Daarmee is de beleidsverantwoordelijke minister niet beperkt tot de informatie die ZBO's beschikbaar hebben. De Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) is met ingang van 25 mei 2018 van toepassing op de verwerking van persoonsgegevens. Op basis van die Europese verordening voor privacybescherming geldt voor de verwerking van persoonsgegevens door de verantwoordelijke minister het vereiste van een wettelijke grondslag voor de verwerking zowel van de niet bijzondere persoonsgegevens als van gegevens over de gezondheid. Dit betekent dat zowel de wettelijke taak als de verwerking van persoonsgegevens voor die taak in de zorgwetten wordt vastgelegd.

Vanzelfsprekend is de daadwerkelijke toegang tot de persoonsgegevens en het gebruik ervan wel gebonden aan de daarvoor op grond van de AVG geldende regels zoals rechtmatige verwerking, doelbinding, minimale gegevensverwerking en noodzakelijkheid. De eisen van proportionaliteit en subsidiariteit behoren tot de regels van noodzakelijkheid. De eisen van proportionaliteit houden in dat de verwerking niet verder gaat dan noodzakelijk is voor de taakuitoefening. De eisen van subsidiariteit houden in dat er geen verwerking met een minder vergaande inbreuk op de bescherming van persoonsgegevens bestaat die eenzelfde resultaat voor de taakuitoefening oplevert. Samen met de minister en staatssecretaris van VWS zal ik onderzoeken of de wijze waarop in de Jeugdwet de toegang tot informatie is geborgd die nodig is om een zorgvuldig en samenhangend zorgbeleid te voeren en stelselverantwoordelijkheid te kunnen waarborgen, ook in de andere zorgwetten kan worden vastgelegd.

Voor informatie-uitwisseling is het uitgangspunt dat wordt aangesloten bij registratie aan de bron, dat zo veel mogelijk uitgegaan wordt van decentrale dataopslag en data-minimalisatie. Hierover worden met de veldpartijen afspraken gemaakt via het Informatieberaad. Voor de juistheid van analyses en verbetering van de zorg zijn data nodig. Nieuwe technologieën en infrastructurele oplossingen die nu in de praktijk getest worden, zoals de Personal Health Train, Health RI voor onderzoeksdata en mogelijk ook Block chain, kunnen daarbij helpen. Waar nodig lever ik hier een bijdrage aan of stimuleer ik deze. Randvoorwaarden daarbij zijn *Eenheid van taal*, *FAIR data-principes*⁵ en standaardisatie. Daarover worden via het Informatieberaad afspraken gemaakt. In het Informatieberaad wordt op deze manier toegewerkt naar een duurzaam Informatiestelsel voor en van de zorg. Daarnaast lopen er versnellingsprogramma's⁶ waarin de implementatie van standaarden wordt gestimuleerd en de daadwerkelijke uitwisseling van data tussen patiënt en professional wordt bevorderd. Waar gepast wordt daarbij aangesloten bij internationale ontwikkelingen en regionale initiatieven. In verschillende initiatieven wordt daarnaast aan de

⁴ Artikel 20 lid 1 vermeldt: *Een zelfstandig bestuursorgaan verstrekt desgevraagd aan Onze Minister alle voor de uitoefening van diens taak benodigde inlichtingen. Onze Minister kan inzage vorderen van alle zakelijke gegevens en bescheiden, indien dat voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig is.*

⁵ Zie ondermeer: <https://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/toegang-tot-data/fair-data/>

⁶ Onder meer de Versnellingsprogramma's Informatie-uitwisseling patiënt professional (VIPP 1 en 2). Een aantal andere wordt voorbereid.

betere ontsluiting van kwaliteitsgegevens in en met het veld gewerkt. Daarbij wordt ook ingezet op de totstandkoming en betere benutting van internationale uitwisselings- en uitkomststandaarden.

De commissie noemt Standard Business Reporting (SBR) als een mogelijke oplossing voor het ontsluiten van zorginformatie richting overheid. SBR is een methodiek om de uitvraag van financiële verantwoordingsgegevens te verbeteren door middel van standaardisatie van gegevens, processen en techniek. Ik erken dat standaardisatie van deze elementen van groot belang is om tot beter inzicht te komen. De zorg werkt op verschillende terreinen (declaratieverkeer, zorginhoudelijke bouwstenen, enz.) met gestandaardiseerde gegevens, processen en techniek, vaak niet onder de noemer SBR. Er valt ook nog veel te winnen. De administratieve lasten van de uitvraag van gegevens worden immers als groot ervaren en zoals het rapport laat zien is er behoefte aan beter inzicht in de zorg. Ik zal onderzoeken op welke wijze SBR, of elementen van deze methodiek zoals het gebruiken van de taxonomie voor financiële verslaggeving voor de uitvraag van jaarrekeningen, binnen mijn beleid ingezet kan worden om onder meer administratieve lasten te verlagen. Waar nodig zal ik daarbij partijen uit de zorg betrekken.