

**Berenschot**

# **Rapport 'quick scan dubbele informatie-uitvraag'**

Beelden en feiten

## **Nederlandse Zorgautoriteit**

**Drs. P.J.G.M. de Bekker  
Ir. J.R.C. van Sambeek  
Drs. A.J. Boendermaker**

*27 maart 2009*

## Rapport 'quick scan dubbele informatie-uitvraag'

Beelden en feiten

### Nederlandse Zorgautoriteit

Inhoud	Pagina
<b>1. Inleiding</b>	<b>1</b>
1.1 Aanleiding	1
1.2 Vraagstelling	2
1.3 Methode	2
1.4 Leeswijzer	3
<b>2. Indeling van informatie-uitvraag</b>	<b>4</b>
2.1 Inleiding	4
2.2 Structurele versus incidentele uitvragen	4
2.3 Informatiedomeinen van informatie-uitvraag	5
2.4 Risicogebieden	8
<b>3. Dubbele informatie-uitvraag</b>	<b>10</b>
3.1 Inleiding	10
3.2 Risicogebied 1: Uitvraag over kwaliteit bij zorgaanbieders	10
3.3 Risicogebied 2: Informatie over productieafspraken en gerealiseerde productie	14
3.4 Risicogebied 3: Uitvraag van beleids- en toezichtinformatie bij zorgverzekeraars	16
3.5 Overige gevallen van dubbele informatie-uitvraag	19
3.6 Uitspraken over andere onderwerpen <i>en marge</i> van de interviews	22
<b>4. Initiatieven om de uitvraag te beperken</b>	<b>24</b>
4.1 Inleiding	24
4.2 Concrete acties	24
4.3 Nuanceringen	27
<b>5. Conclusie en aanbevelingen</b>	<b>29</b>
5.1 De beleving over dubbele informatie-uitvraag	29
5.2 Feitelijke dubbele informatie-uitvragen	29
5.3 Beperking van (dubbele) uitvraag	30
5.4 Aanbevelingen	30

**Bijlage 1:** Lijst van afkortingen

**Bijlage 2:** Overzicht van informatie-uitvraag

## 1. Inleiding

### 1.1 Aanleiding

De NZa ontvangt regelmatig signalen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars over dubbele informatie-uitvraag van toezichthouders in de zorg. Het beeld bestaat dat er onvoldoende afstemming is over de informatie-uitvraag door NZa, CVZ, DNB, AFM, IGZ, VWS, brancheorganisaties of andere partijen. Dit wordt ervaren als last omdat de dubbele uitvraag van informatie kan leiden tot onnodige lastendruk voor partijen.

'Dubbele informatie-uitvraag' betekent dat een marktpartij meerdere keren dezelfde of vergelijkbare informatie moet opleveren. Vergelijkbare informatie-uitvraag gaat om informatie-uitvragen die uit dezelfde brondata gehaald moeten worden door verschillende partijen.

Het is mogelijk dat meerdere overheden of aan overheid gelieerde partijen zoals ZBO's, ieder met een eigen wettelijke basis vergelijkbare informatie uitvragen<sup>1</sup>.

Voor het delen van informatie bestaan vanuit de NZa formele en informele afspraken en samenwerkingsprotocollen met:

- toezichthouders en regulators zorgsector (CVZ, CBZ, IGZ en CSZ);
- toezichthouders en regulators algemeen (NMa, DNB, AFM, FIOD-ECD, OM, Consumentenautoriteit);
- advies- en onderzoeksbureaus (RIVM, CPB)<sup>2</sup>.

Het Ministerie van VWS en de NZa kennen een gezamenlijk informatiestatuut, waarin eveneens afspraken zijn vastgelegd over het delen van informatie. Het gegeven dat er een protocol of afspraak is gemaakt, geeft overigens nog geen garantie dat deze ook in de praktijk gebruikt worden.

Ondanks de afspraken en protocollen bestaat het beeld dat – bijvoorbeeld vanwege het vertrouwelijke karakter van de informatie – een proactieve houding ten opzichte van het delen van informatie soms achterwege blijft. Voor het delen van informatie moeten de eenheden van data en de timing bovendien goed op elkaar worden afgestemd voor de uitvraag. Tot slot geven zorgaanbieders en zorgverzekeraars signalen dat mogelijk een slag gemaakt kan worden in het verminderen van het uitvragen van informatie waarvan de uitvraag niet noodzakelijk is.

---

<sup>1</sup> Zie het rapport 'Zorg voor minder last' van de Commissie Meting Toezichtlasten Ziekenhuizen (juli 2007)

<sup>2</sup> Zie <http://www.nza.nl/nza/NZa/Samenwerking>

Het is de NZa niet duidelijk of de signalen over dubbele informatie-uitvraag kloppen of niet. Vanwege haar functie als marktmeester, wil zij dit echter graag onderzoeken. Als blijkt dat er géén dubbele uitvraag plaatsvindt, dan kan zij tegenover deze signalen een geruststellende boodschap zetten. Mocht de beeldvorming waar blijken, dan kan de NZa hierop gericht actie ondernemen en een verbeteringslag maken.

## 1.2 Vraagstelling

De NZa heeft gevraagd een quick scan uit te voeren met als doel vast te stellen in hoeverre sprake is van dubbele uitvraag, zowel door de NZa zelf als door de verschillende ZBO's en brancheorganisaties. De resultaten van de quick scan dienen als input voor het verbetertraject dat de NZa in 2009 wil uitvoeren. Een bijkomend gewenst effect is het signaal dat de NZa aan de buitenwereld kan afgeven dat zij de veronderstelde problematiek serieus neemt.

## 1.3 Methode

Na enkele voorbereidende gesprekken bij de NZa heeft Berenschot verschillende zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezichthouders geïnterviewd. De organisaties zijn gekozen in overleg met de NZa. Bij de zorgaanbieders en zorgverzekeraars is de keuze gebaseerd op kritische geluiden van partijen in het verleden, of waar het vermoeden bestaat dat ze goed overzicht hebben van de verschillende informatie-uitvragen. Bij de uitvragers zijn die partijen benaderd waar blijkens de signalen en de beeldvorming de grootste kans bestaat van overlap in de informatie-uitvragen.

Vervolgens hebben de organisaties een brief ontvangen van de NZa (gedateerd 10/10/08) waarin ze worden verzocht mee te werken en zijn ze telefonisch benaderd door Berenschot. Voorafgaand aan het gesprek hebben de te interviewen personen per e-mail een korte interviewleidraad ontvangen. Van de gesprekken zijn verslagen gemaakt die ter toetsing zijn voorgelegd aan de gesprekspartners.

Tijdens het uitvoeren van de quick scan constateerden gesprekspartners dat brancheorganisaties soms verantwoordelijk zijn voor een deel van de dubbele informatie-uitvraag. Ook hebben sommige brancheorganisaties inzicht in de verschillende vragen die hun leden krijgen voorgeschoteld en verzamelen zij klachten met betrekking tot informatie-uitvraag. In de loop van de quick scan is daarom voorgesteld om aanvullende interviews af te nemen bij brancheorganisaties voor zorgverzekering, cure en care. Het gaat dan om ZN, Vektis, NVZ, Actiz, VGN en GGZ Nederland<sup>3</sup>.

Naast deze persoonlijke gesprekken heeft deskresearch plaatsgevonden. Het door de NZa en de gesprekspartners beschikbaar gestelde materiaal is door Berenschot geanalyseerd waarbij een aantal informatiedomeinen is geïdentificeerd. Op basis daarvan zijn risicogebieden benoemd voor dubbele uitvraag waarnaar nader onderzoek is gedaan. De bevindingen zijn besproken met de NZa en vastgelegd in onderliggend rapport.

---

<sup>3</sup> De NZa heeft overigens met Vektis samenwerkingsafspraken om informatie uit te wisselen met als doel dubbele uitvraag te voorkomen.

Tot slot geldt met nadruk dat de bevindingen in dit rapport voortvloeien uit een quick scan. Er is veel informatie verzameld en geanalyseerd. Verificatie van detailinformatie heeft zoveel mogelijk plaatsgevonden maar is vanzelfsprekend niet compleet. De verbeterpunten of mogelijke oplossingsrichtingen volgen uit gesprekken en deskresearch. In sommige situaties zal het noodzakelijk zijn om verder in te zoomen op de afzonderlijke uitvragen om te bezien op welke manier de uitvraag verbeterd kan worden.

## **1.4 Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 is allereerst een analytisch kader weergegeven om de meest relevante informatiedomeinen en de risicopartijen in kaart te brengen. Dat leidt tot een drietal risicogebieden waar een relatief grote kans bestaat op dubbele informatie-uitvragen. Hoofdstuk 3 bevat vervolgens de resultaten op de genoemde risicogebieden en brengt overige gevallen van dubbele informatie-uitvraag in beeld. Er zijn veel initiatieven genomen om dubbele uitvraag van informatie te voorkomen. Hoofdstuk 4 besteedt hier aandacht aan. Het rapport sluit af met een conclusie en aanbevelingen in hoofdstuk 5.

## 2. Indeling van informatie-uitvraag

### 2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft eerst inzicht in het onderscheid tussen incidentele en structurele uitvragen. Vervolgens wordt een analytisch kader gepresenteerd om kenmerken van de verschillende soorten informatie te onderscheiden. Per informatiedomein en per marktpartij is in kaart gebracht waar een groot risico bestaat op dubbele uitvragen van informatie. Tot slot is er in paragraaf 2.4 aandacht voor de brancheorganisaties die eveneens informatie uitvragen aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

### 2.2 Structurele versus incidentele uitvragen

In de gesprekken is voornamelijk gesproken over structurele uitvragen van informatie. Toezichthouders en andere partijen vragen daarbij jaarlijks of per andere tijdseenheid aan zorgaanbieders of zorgverzekeraars om bepaalde informatie aan te leveren. Het is van belang dat de eenheden van data en timing goed op elkaar worden afgestemd om het delen van informatie maximaal mogelijk te maken. Vooral de partijen die structurele informatie-uitvraag doen, kunnen een risico vormen voor dubbele, overbodige of te complexe uitvraag. Deze uitvraag blijft namelijk terugkomen en over het algemeen bij alle partijen in een sector, waardoor de impact groot is. De belangrijkste structurele uitvragers zijn de NZa, IGZ, DNB, CVZ en zorgkantoren/zorgverzekeraars. Dit noemen we de risicopartijen en daarom ligt hierop de eerste focus binnen dit onderzoek.

Naast structurele informatie-uitvragen zijn er incidentele uitvragen van informatie. Zo ziet de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) toe op eerlijke concurrentie en bestrijdt partijen die kartels vormen en daarbij bijvoorbeeld prijsafspraken maken én partijen die misbruik maken van een economische machtspositie. Daarnaast toetst de NMa fusies en overnames in alle sectoren. De NMa heeft geen structurele informatie-uitvraag, maar komt in bepaalde situaties met zeer specifieke onderzoeken en vraagt dan veel informatie. Die informatie is vaak al op andere manieren beschikbaar (jaarrekeningen, jaarstaten). Voor een ander deel is de informatie alleen op ad hoc basis aan te leveren hetgeen erg arbeidsintensief is. Ook in gesprekken met brancheorganisaties zijn incidentele uitvragen aan de orde gekomen. Via specifieke onderzoeken probeert men vaak een bepaald branchebelang voor het voetlicht te brengen.

Uit gesprekken met verzekeraars blijkt dat de Autoriteit Financiële Markten (AFM) een structurele uitvragers is die weinig negatieve signalen oplevert. De AFM houdt sinds 1 januari 2006 toezicht op de naleving van de Wet financiële dienstverlening (Wfd) door verzekeraars en andere financiële dienstverleners. De Wfd bevat regels voor het aanbieden van, het bemiddelen in en het adviseren over financiële producten aan consumenten en – in het geval van verzekeringen - ook aan bedrijven. De AFM is belast met het toezicht op het gedrag van en de informatieverstrekking door financiële instellingen. De wet stelt eisen aan financiële dienstverleners op het gebied van integriteit, deskundigheid, integere bedrijfsvoering, financiële zekerheid, transparantie en zorgplicht.

Zorgaanbieders vallen niet onder het toezicht van de AFM en de zorgverzekeraars geven aan dat ze weinig last ervaren van de informatie-uitvraag door de AFM. Afgelopen jaar heeft de AFM alleen een onderzoek gedaan naar een integere bedrijfsvoering. De AFM ziet wel scherp toe op de accountantsorganisaties die hun goedkeuring geven aan jaarverslaglegging bij zorgverzekeraars door middel van aanvullende regels en intensiever toezicht. Een zorgverzekeraar oefent het bedrijf van schadeverzekeraar uit, maar wordt gezien als een zogenaamde 'Organisatie van Openbaar Belang' (OOB). Bij een accountantscontrole van een OOB worden zwaardere eisen gesteld aan de accountantsorganisaties. Dit leidt echter niet direct tot extra informatie-uitvragen aan zorgverzekeraars.

Naast de partijen die een wettelijke basis hebben voor de uitvraag zijn er andere uitvragers van informatie. Zorgkantoren en zorgverzekeraars hebben voor een goede zorginkoop (contractering) en declaratie (productie) structureel informatie nodig van zorgaanbieders. Bovendien vraagt een enkele branchevereniging structureel of soms incidenteel gegevens uit voor en namens hun achterban.

Het vervolg van dit rapport gaat in principe over structurele uitvragen, tenzij expliciet anders aangegeven.

### **2.3 Informatiedomeinen van informatie-uitvraag**

De overheden die betrokken zijn bij de beleidsvorming over, uitvoering van en toezicht op de Nederlandse gezondheidszorg hebben eigen taken en instrumenten, vaak met een specifieke wettelijke basis. Veel van deze taken zijn echter onderling verwant of kennen onderlinge afhankelijkheid. Vanzelfsprekend hebben deze overheden daarom ten dele behoefte aan vergelijkbare informatie.

Om een indeling in de informatiebehoefte te maken, kan een aantal kenmerken van 'informatie' worden onderscheiden. Voor deze quick scan onderscheiden wij de volgende kenmerken van informatie:

- brondata – alle informatie is afkomstig uit bepaalde brondata. Dit is de plaats waar de informatie uitgehaald moet worden door de marktpartij. Voorbeelden van brondata zijn de declaratieadministratie en de klachtenregistratie. Vaak is deze informatie digitaal opgeslagen en beschikbaar te maken;
- informatiedrager – alle informatie heeft een bepaalde 'drager'. Dit is de vorm waarin het door de marktpartij richting de uitvragers overgedragen wordt. Voorbeelden hiervan zijn een formulier of het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording;
- functie – alle informatie heeft een bepaalde functie: de overheid gebruikt deze informatie bijvoorbeeld voor het maken van beleid, de uitvoering hiervan of toezicht op de naleving.

Op basis van deze kenmerken kunnen binnen de totale informatiebehoefte van overheden vier informatiedomeinen worden onderscheiden. Een informatiedomein is het deel van de totale informatiebehoefte met een bepaalde functie.

Wij onderscheiden de volgende informatiedomeinen: 'contractering', 'productie', 'individueel toezicht' en 'beleid'. Deze indeling komt overeen met het kenmerk 'functie', al is bij de functie 'uitvoering van beleid' een nader onderscheid gemaakt naar 'contractering' en 'productie' omdat dit leidt tot twee verschillende momenten van uitvragen.

## *Contractering*

Het informatiedomein 'contractering' heeft betrekking op de zorginkoop. Hieronder valt de informatie-uitvraag die gemeoid is met de zorginkoop, bijvoorbeeld bij onderhandelingen tussen zorgverzekeraars/zorgkantoren en zorgaanbieders (Zvw en AWBZ) of bij aanbestedingen door gemeenten (Wmo). Ook alle informatie-uitvraag door overheden die betrekking heeft op zorginkoop valt hieronder, zoals de uitvraag voor de 'schoning van het b-segment' en het uitvragen van de gemaakte productieafspraken (voorcalculatie).

## *Productie*

Het informatiedomein 'productie' heeft betrekking op de bekostiging van geproduceerde zorg, inclusief de verantwoording hierover. De tussentijdse rapportages van kwartaalgegevens en nacalculatie vallen hier bijvoorbeeld onder, evenals de uitvraag ten behoeve van de risicoverevening en de verantwoording over ontvangen middelen voor de overgangsregeling ZZP.

## *Individueel toezicht*

Het informatiedomein 'individueel toezicht' gaat over informatie die nodig is voor toezicht op de individuele marktpartij. Het gaat om toezicht op kwaliteit, toezicht op mededinging / kartelvorming, toezicht op integriteit enzovoorts.

## *Beleid*

Het laatste informatiedomein is 'beleid'. Hieronder valt alle informatie die nodig is voor beleidsvoering op het gebied van marktontwikkeling en marktfunctioneren. Voorbeelden hiervan zijn marktmonitoren van mobiliteit op de verzekeringsmarkt, de monitor vrije prijsvorming, of statistieken over prijsontwikkeling, zorgconsumptie enzovoorts.

# Berenschot

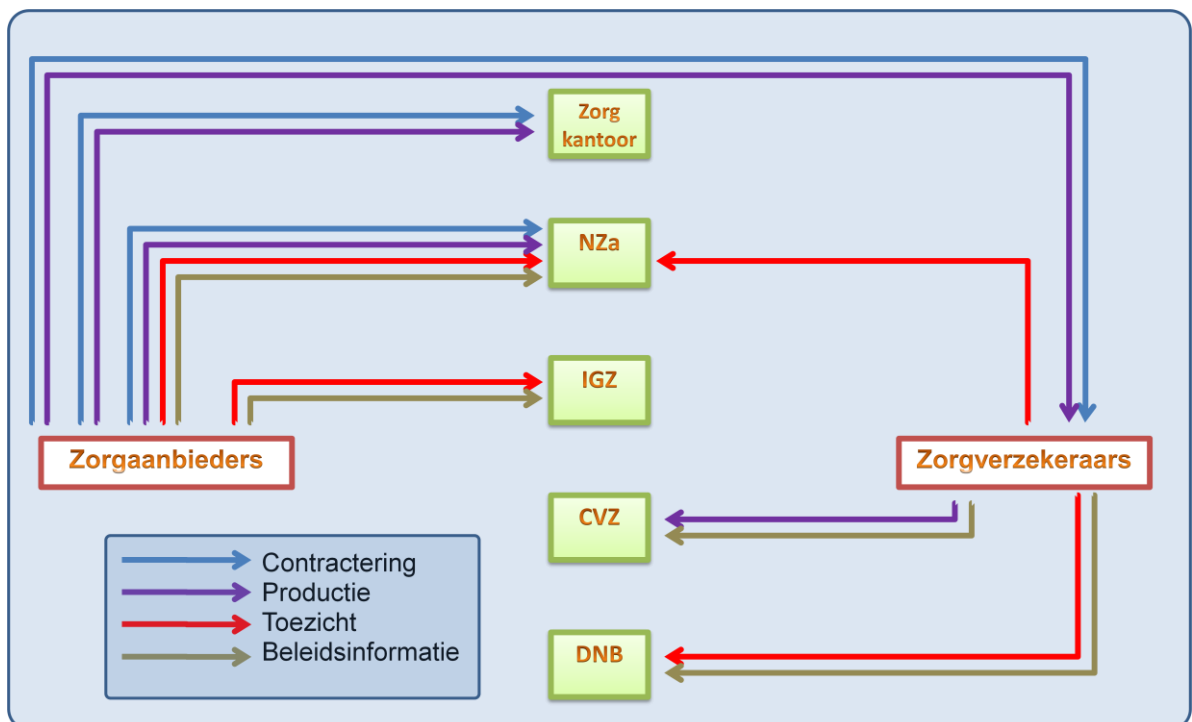
De verschillende informatiedomeinen in deze analyse staan opgesomd in onderstaand overzicht.



Figuur 1: De vier informatiedomeinen

## 2.4 Risicogebieden

Door aan te geven welke uitvragen plaatsvinden op welk informatiedomein en op welke marktpartij de uitvragen zich richten, wordt inzichtelijk op welke gebieden een natuurlijk risico bestaat op dubbele uitvraag. Een dergelijke analyse is gemaakt in de onderstaande figuur.



Figuur 2: Informatiestromen vanuit zorgaanbieders en zorgverzekeraars

De figuur laat zien dat een marktpartij soms meerdere uitvraagverzoeken binnen hetzelfde informatiedomein krijgt. Dit is te interpreteren als een signaal voor een risicogebied. Zo komt een aantal risicogebieden naar voren.

Er wordt zichtbaar dat zowel de NZa als de IGZ informatie uitvragen ten behoeve van toezicht op zorgaanbieders en beleidsinformatie. Ook wordt duidelijk dat informatie van zorgaanbieders met betrekking tot contractering en productie zowel naar de zorgkantoren en zorgverzekeraars gaat, als naar de NZa. Beleidsinformatie van zorgaanbieders wordt uitgevraagd door de IGZ en de NZa. Voor zorgverzekeraars bestaat ook een risicogebied. Het gaat om beleidsinformatie die zowel door de CVZ en de DNB worden uitgevraagd. Hoewel zorgkantoren ook informatie leveren aan andere uitvragers, zoals NZa en CAK, komt dit niet terug in het figuur. Het gaat hier alleen om uitvragen richting marktpartijen.

Bijlage 2 geeft een totaal overzicht van de informatie-uitvragen.

# Berenschot

Er zijn drie risicogebieden waarin overlap bestaat op de volgende thema's:

1. Informatie over kwaliteitsgegevens bij zorgaanbieders (NZa, IGZ, ZN, zorgkantoren en –verzekeraars).
2. Informatie over productieafspraken en gerealiseerde productie (zorgkantoren, zorgverzekeraars, NZa).
3. Uitvraag van beleids- en toezichtinformatie bij zorgverzekeraars (DNB, CVZ).

Deze risicogebieden worden in het nu volgende hoofdstuk 3 nader onder de loep genomen.

## 3. Dubbele informatie-uitvraag

### 3.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 is aangegeven dat er een drietal natuurlijke risicogebieden voor informatie-uitvraag bestaat. Deze drie risicogebieden komen in de volgende paragrafen achtereenvolgens aan de orde. Aansluitend passeren in paragraaf 3.5 enkele andere voorbeelden uit de gesprekken de revue. Tot slot bevat paragraaf 3.6 een terugkoppeling uit de interviews van relevante uitspraken over andere onderwerpen .

### 3.2 Risicogebied 1: Uitvraag over kwaliteit bij zorgaanbieders

Zowel de NZa als de IGZ houden toezicht op de zorgaanbieders. Aan beide toezichthouders moeten de zorgaanbieders informatie aanleveren. Bovendien vragen zorgverzekeraars en zorgkantoren in toenemende mate om een verantwoording van de gerealiseerde kwaliteit om inhoud te geven aan hun zorginkoopbeleid.

#### *Uitvraag door de IGZ*

Zorgaanbieders geven aan dat de Inspectie voor Gezondheidszorg een relatief overzichtelijke informatie-uitvraag heeft. Verschillende typen zorgaanbieders hebben hun eigen basisset prestatie-indicatoren die eenmaal per jaar moet worden ingevuld.

De basisset prestatie-indicatoren voor ziekenhuizen heeft vooral betrekking op het voorkomen van negatieve gezondheidsuitkomsten van patiënten, zoals infecties en complicaties. Naast deze medische kwaliteitsindicatoren wordt ook naar een aantal organisatorische kwaliteitsindicatoren gevraagd. Het gaat om indicatoren over de meting van de kwaliteitsindicatoren, ICT-ondersteuning bij de medische behandeling, de mate waarin de instelling visitaties houdt en operaties afzegt.

Naast de basisset worden voor de ziekenhuizen sets met aandoeningsspecifieke kwaliteitsindicatoren ontwikkeld. Vanaf 1 januari 2009 zijn indicatorensets voor tien aandoeningen ingevoerd bij alle ziekenhuizen. Voor nog eens achttien aandoeningen zijn in 2008 al kwaliteitsindicatoren ontwikkeld.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> De tien aandoeningen waarvoor de eerste implementatie in 2008 heeft plaatsgevonden zijn: 1. Blaascarcinoom, 2. Cataract, 3. Diabetes, 4. Incontinentie, 5. Heup/knie vervanging, 6. Liesbreukoperaties, 7. Umbosacraal radiculair syndroom, 8. Mammacarcinoom, 9. Varices, 10. Ziekten van adenoïd en tonsillen. De 18 aandoeningen waarvoor de implementatie start in september 2009 zijn: 1. Reumatoïde artritis (koppeling CQ-index), 2. Beroerte, 3. Parkinson, 4. Atopisch eczeem, 5. Pijn bij kanker, 6. Sedatie buiten OK-complex, 7. Pijn bij de bevalling, 8. Peri-operatieve voeding, 9. Cystic Fibrosis, 10. Crohn en colitis ulcerosa, 11. Slaapapnoe (OSAS), 12. Licht traumatisch schedelhersenletsel, 13. Coeliakie, 14. Chronische (rhino)sinusitis, 15. COPD, incl. peri-operatieve zorg pulmonaal belaste patiënt, 16. Hartfalen, 17. Angst en depressie, 18. Coloncarcinoom, incl. erfelijk coloncarcinoom.

In tegenstelling tot de basisset prestatie-indicatoren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) geldt voor deze sets aandoeningspecifieke indicatoren nog geen registratieplicht. Zorgaanbieders, patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars hebben echter met elkaar afgesproken dat op termijn alleen nog informatie over de geleverde kwaliteit van zorg gevraagd wordt door middel van de indicatoren en vragenlijsten die onder verantwoordelijkheid vallen van de Stuurgroep Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.

Voor de gehandicaptenzorg vindt momenteel een pilot plaats met indicatoren: het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg. De indicatoren hebben betrekking op zorgafspraken en het ondersteuningsplan, zelfbepaling, belangenvertegenwoordiging van de cliënt, lichamelijk welbevinden van de cliënt, psychisch welbevinden van de cliënt, persoonlijke ondersteuning, interpersoonlijke relaties, participatie en toegang tot de samenleving, materieel welzijn, cliëntveiligheid, kwaliteit van medewerkers en samenhang in zorg en ondersteuning.

Voor de geestelijke gezondheidszorg bestaat een reeds werkende basisset prestatie-indicatoren. De indicatoren die hierbij aan de orde komen zijn: preventie, behandelresultaat, bemoeizorg, continuïteit van zorg bij verandering van zorgsoort, zorginhoudelijke veiligheid, omgevingsveiligheid, voldoende en adequaat zorgaanbod, eigen invloed, continuïteit van zorg, dagbesteding en arbeid, woon- en leefomstandigheden, communicatie en informatie.

Ook de sector verpleging, verzorging en thuiszorg kent een Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg, en daarmee een landelijke meetmethode waarmee zorgaanbieders de kwaliteit van de zorg inzichtelijk maken via zorginhoudelijke indicatoren en via de ervaringen van cliënten. De thema's die hierbij aan de orde komen zijn achtereenvolgens het zorg(behandel)-leefplan, participatie en sociale redzaamheid, communicatie en informatie, mentaal welbevinden, lichamelijk welbevinden, veiligheid wonen/verblijf, zorginhoudelijke veiligheid, voldoende en bekwaam personeel, woon- en leefomstandigheden, samenhang in zorg.

#### *Uitvraag door de NZa*

Vanuit haar rol als markttoezichthouder gebruikt de NZa ook informatie met betrekking tot 'kwaliteit'. Dit gaat bijvoorbeeld om de 'Monitor extramurale zorg' (2008), de 'Monitor Ziekenhuiszorg' (2008) en de 'Monitor Zorgverzekeringsmarkt' (2008). De Monitor extramurale zorg en de Monitor Ziekenhuiszorg worden onder meer gebruikt om de ontwikkeling van volume, kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid inzichtelijk te maken. Overigens blijkt uit gesprekken bij en informatie van de NZa dat in dit kader geen aanvullende informatie wordt uitgevraagd over de kwaliteit bij zorgaanbieders.

Met betrekking tot kwaliteit richten deze rapporten zich met name op 'het inrichten van de markt op een wijze die zorgaanbieders stimuleert' en 'de procesmatige aanpak van zorgkantoren door kwaliteitseisen te stellen, onder meer in de gunningcriteria bij zorginkoop'. Het gaat dus om een (vooral kwalitatieve) analyse van trends op de zorgmarkten. Een voorbeeld hiervan is een beschouwing over de ontwikkeling van basissets met kwaliteitsindicatoren door de IGZ.

Voor het onderzoek op deze punten maakt de NZa gebruik van bestaande informatiebronnen, aangevuld met interviews. Dit betreft bronnen die ook voor andere onderzoeken worden gebruikt, en waarvan de gegevens in het bezit zijn van het CAK.

Met de 'daadwerkelijke kwaliteit van de zorg' houdt de NZa zich niet bezig. Dit betekent dat zij geen feitelijke kwaliteitstoets uitvoert. Hiermee ligt een duidelijke 'knip' met de informatie-uitvraag van de IGZ.

### *Uitvraag door ZN, de zorgverzekeraars en zorgkantoren*

De branchevereniging voor zorgverzekeraars ZN wil graag weten hoe de kwaliteit van geleverde zorg is geweest. Daarom hanteren zij een lijst kwaliteitsindicatoren. Deze lijst is hiervoor aan de orde geweest: de aandoenings specifieke indicatoren.

Zorgverzekeraars vragen individueel om extra kwaliteitsgegevens aan zorgaanbieders, bijvoorbeeld om speciale prestatieafspraken te maken. Dit kan voor zorgaanbieders een hogere vergoeding opleveren voor geleverde zorg die voldoet aan specifieke kwaliteitseisen.

De zorgkantoren vragen met name kwaliteitsinformatie voor de zorginkoop. Deze informatie heeft men nodig voor een prijs/kostenanalyse op basis waarvan men zorg inkoop bij zorgaanbieders. Dit is een cyclus waarvoor eenmaal per jaar informatie wordt uitgevraagd.

Voor de zorginkoop moeten zorgaanbieders aangeven hoe zij presteren op de gunningscriteria en de geschiktheidscriteria. Het zorgkantoor wil stimuleren dat de kwaliteit toeneemt en vraagt daarom in toenemende mate om deze kwalitatieve gegevens. Tijdens de interviews is gebleken dat zorgkantoren hiervoor gebruik maken van de basisset indicatoren van de IGZ. Daarnaast moeten zorgaanbieders bij de contractering een deel van de kwaliteitsindicatoren van de IGZ rechtstreeks aanleveren bij het zorgkantoor. Het gaat hier dus om dezelfde informatie als die wordt aangeleverd bij de IGZ via de basisset prestatie-indicatoren. Hier komt bij dat zorgkantoren uit verschillende regio's andere formats hanteren voor deze kwaliteitsgegevens.

Er bestaan raakvlakken tussen verschillende soorten kwaliteitsindicatoren van de IGZ, ZN en die van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Het karakter van de lijsten is echter wel degelijk verschillend: de lijst van de IGZ is erg medisch inhoudelijk gericht, die van ZN gaat vooral over dienstverlening (klantervaring, service), en de zorgkantoren en zorgverzekeraars gebruiken hun vragen met name als instrument bij zorginkoop. Tijdens het gesprek met ZN werd uitdrukkelijk aangegeven dat zij voor zichzelf een rol zien om signalen van zorgaanbieders op te vangen en vervolgens te werken aan meer stroomlijning in de uitvraag, bijvoorbeeld door alle relevante zaken op te nemen in het programma Zichtbare Zorg van de IGZ.

## *Dubbele informatie-uitvraag*

Voor het risicogebied 'uitvraag over kwaliteit bij zorgaanbieders' kan worden geconcludeerd dat de IGZ, ZN, zorgverzekeraars en zorgkantoren actief zijn op dit gebied.

Tussen de NZa en de IGZ ligt een duidelijke 'knip', de IGZ houdt zich bezig met het uitvragen van informatie over de feitelijke kwaliteit via de basissets met prestatie-indicatoren. De NZa houdt zich bezig met voorwaarden en prikkels om kwaliteit te bevorderen.

De procesmatige aanpak van ZN, zorgverzekeraars en zorgkantoren wordt gebruikt voor de zorginkoop, die indirect moet bijdragen aan het bevorderen van kwaliteit.

Wel komt het voor dat een dubbeling in informatie-uitvraag plaatsvindt met betrekking tot de Consumer Quality Index (CQ-index). De CQ-index is een gestandaardiseerde systematiek voor meten, analyseren en rapporteren van klantervaringen in de zorg. De index was in eerste instantie bedoeld voor het meten van patiëntervaringen bij ziekenhuizen. Nu wordt de index echter ook gebruikt door de IGZ voor het Kwaliteitskader verantwoorde zorg voor verpleging, verzorging en thuiszorg. De coördinatie en het eigendom van de CQ-index ligt bij Centrum Klantervaring Zorg en de resultaten van metingen zijn in bewerkte vorm openbaar beschikbaar via [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl). Bij de zorginkoop door het zorgkantoor komt het echter voor dat zorgkantoren deze indicatoren nogmaals uitvragen, en geen gebruik maken van beschikbare gegevens.

Uit gesprekken blijkt dat zorgaanbieders dit niet automatisch als een probleem ervaren. Omdat de zorgaanbieder er bij zorginkoop belang bij heeft om zo goed mogelijke indicatoren af te geven, geven zorgaanbieders aan dat zij dit bij voorkeur zelf aanleveren bij het zorgkantoor, zodat er gelegenheid is bepaalde uitkomsten toe te lichten en in perspectief van de zorginkoop te plaatsen.

Zorgaanbieders wijzen in gesprekken op het belang dat brancheverenigingen en andere private partijen (Independer, Consumentenbond, etc.) geen nieuwe vragenlijsten gaan uitzetten die dienen als vervanging van geschrapte of aanvulling op landelijke informatie-uitvragen door overheidsorganisaties. Een voorbeeld hiervan is de jaarlijkse ziekenhuisenquête. Er blijkt (beperkte) overlap tussen gegevens die op DigiMV ingevuld moeten worden voor het verplichte Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) en de gegevens die uitgevraagd worden bij de jaarenquête.<sup>5</sup> De gegevens in de jaarenquête (EJZ) worden door de brancheorganisaties gebruikt voor belangenbehartiging via het samenstellen van stuur- en beleidsinformatie. Een klein aantal instellingen neemt niet deel aan deze registratie, maar het lidmaatschap NVZ/NFU committeert in principe tot deelname.

---

<sup>5</sup> Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en DigiMV hebben voornamelijk betrekking op financiële gegevens. Dit komt aan de orde in de volgende paragraaf. Voor informatie over de jaarenquête zie:

<http://www.dutchhospitaldata.nl/ejz-versus-digimv/>

Uitvrager	Uitgevraagde	Beschrijving	Brondata	Informatiedrager
IGZ	Zorgaanbieders	Kwaliteitsinformatie	basisset prestatie-indicatoren en/of kwaliteitskader verantwoorde zorg	Toezicht/beleidsinformatie
ZN, Zorgverzekeraars, Zorgkantoren	Zorgaanbieders	Kwaliteitsinformatie	Kwaliteitsindicatoren inclusief aandoeninggerichte indicatoren, aanvullend op de basisset prestatie-indicatoren.	Contractering

Tabel 1: Uitvraag op het risicogebied 'Uitvraag over kwaliteit bij zorgaanbieder'

### 3.3 Risicogebied 2: Informatie over productieafspraken en gerealiseerde productie

Zorginstellingen moeten elk jaar verantwoording afleggen over de manier waarop zij hun geld besteden. Die verantwoording leggen zij af in het Jaardocument zorginstellingen. Het Jaardocument bestaat uit drie onderdelen: het Maatschappelijk verslag, de Jaarrekening en DigiMV. Dit laatste onderdeel bevat bijlagen die per sector verschillen.

Zorgaanbieders maken bovendien productieafspraken met zorgkantoren en zorgverzekeraars. Vervolgens wordt de productie tussentijds en aan het einde van het jaar verrekend op basis van deze afspraken. De informatie die hiermee gemoeid is wordt uitgevraagd door de NZa, zorgverzekeraars en zorgkantoren.

#### *Uitvraag door de NZa*

De informatie-uitvragen door de NZa die binnen dit kennisdomein vallen zijn het budgetformulier, de voorlopige nacalculatie op de gerealiseerde productie<sup>6</sup> en de definitieve nacalculatie.

#### *Uitvraag door zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars doen twee vormen van informatie-uitvraag richting zorgaanbieders:

1. Tijdens het inkooptraject moeten zorgaanbieders informatie aanleveren met betrekking tot onder meer de kwaliteit van de te leveren zorg. Dit is een jaarlijkse cyclus waarbij eenmaal informatie moet worden opgeleverd.

<sup>6</sup> Uit gesprekken met en informatie van de NZa blijkt dat deze voorlopige nacalculatie op de gerealiseerde productie per 1 januari 2009 afgeschaft is.

2. Verder hebben de zorgverzekeraars een productiemonitor (meestal maandelijks). Hierin houden zij de precieze productie van zorgaanbieders bij, ten behoeve van de herschikkingsronde (tussentijdse verrekening en herverdeling van productie) en de eindverrekening. Deze informatie wordt uitgevraagd middels DigiMV.

### *Uitvraag door zorgkantoren*

Voor zorgkantoren geldt dat de informatie-uitvraag richting zorgaanbieders vergelijkbaar is met die van de zorgverzekeraars, maar dan voor de AWBZ-gefinancierde zorg.

### *Dubbele informatie-uitvraag*

Uit de gesprekken met zorgaanbieders is gebleken dat afzonderlijke zorgverzekeraars en zorgkantoren ten behoeve van de zorginkoop ieder hun eigen aanvullende informatiewensen neerleggen bij zorgaanbieders. Dit werd tijdens gesprekken met brancheorganisaties bevestigd. Verzekeraars willen zich graag profileren, en stellen daarom extra vragen over inhoud, service en organisatie. Binnen de sector wordt wisselend gedacht over de belasting van deze uitvraag. Sommigen vinden dit 'weer iets extra's'. Anderen ervaren dit (nog) niet als grote last, omdat tegenover de extra geleverde informatie ook extra inkomsten voor de zorgaanbieder kunnen staan. Maar men spreekt wel de vrees uit dat uiteindelijk iedere verzekeraar met eigen aanvullende wensen komt.

Het voorbeeld van Menzis TopZorg, waarbij Menzis zich beter in de markt wil positioneren en daarvoor extra uitvraag van informatie doet, werd in dit kader meerdere malen aangedragen. Klanten van Menzis krijgen advies om bij specifieke behandelingen te kiezen voor een ziekenhuis dat daarvoor het Menzis TopZorg-predikaat heeft. De selectie is gemaakt op basis van de medische kwaliteit van de behandeling, snelheid en informatie. De criteria zijn tot stand gekomen na gesprekken met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF), categorale patiëntenverenigingen en klanten van Menzis.

Branchevereniging ZN erkent het risico van extra informatie-uitvragen aan een zorgaanbieder door verschillende verzekeraars en stuurt aan op stroomlijning van de indicatorensets.

Naast deze toenemende extra uitvraag door verzekeraars bij hun inkoop en productieafspraken is in de gesprekken een ander voorbeeld van dubbele informatie naar voren gekomen. De afgelopen jaren zijn onderdelen van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Soms gold voor de overgeheveldde zorgsector nog een mix van oude en nieuwe bekostigingsregimes. Na de overheveling van de GGZ is bijvoorbeeld wel registratie en declaratie op basis van DBC's op gang gekomen, maar bleef het zorgkantoor contracteren. Omdat het zorgkantoor geen toegang heeft tot het DBC Informatie Systeem (DIS) zijn er daarom vergelijkbare gegevensvragen die het zorgkantoor nogmaals apart uitvraagt. Een voorbeeld vormen de aantallen geproduceerde DBC's binnen de GGZ.

Uitvrager	Uitgevraagde	Beschrijving	Brondata	Informatiedrager
NZa	Zorgaanbieder	budgetformulier, voorlopige nacalculatie (per 1/1/09 vervallen) en definitieve nacalculatie	Productieregistratie en de financiële administratie	Het budgetformulier, de voorlopige nacalculatie op de geleverde productie en het nacalculatieformulier.
Verzekeraar	Zorgaanbieder	Gerealiseerde productie	Productieregistratie	Productieafspraken
Verzekeraar	Zorgaanbieder	Gerealiseerde productie	Productieregistratie	Productiemonitor
Zorgkantoor	Zorgaanbieder	Productieafspraken	Kwaliteitsysteem, productieregistratie, interne administratie	Offerte
Zorgkantoor	Zorgaanbieders	Kwaliteitsinformatie	Kwaliteitsindicatoren, overeenkomstig met indicatoren uit de basisset prestatie-indicatoren.	Contractering

Tabel 2: Uitvraag op het risicogebied 'Uitvraag over productieafspraken en gerealiseerde productie'

### 3.4 Risicogebied 3: Uitvraag van beleids- en toezichtinformatie bij zorgverzekeraars

De Nederlandsche Bank (DNB) en het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) – mede namens de NZa – vragen informatie uit aan zorgverzekeraars. Het gaat in beide gevallen om financiële informatie. Veel informatie-uitvragen aan zorgverzekeraars lopen via Vektis.

#### *Uitvraag door DNB*

DNB richt zich als prudentieel toezichthouder op het bevorderen en handhaven van de financiële soliditeit van onder meer ziektekostenverzekeraars die onder haar toezicht staan. De gegevensuitvraag van DNB richt zich voornamelijk op de balanspositie van (en risico's bij) de zorgverzekeraars en doet informatie-uitvraag voor haar toezichtstaak en voor het genereren van beleidsinformatie (uitvraag mede namens het CBS). Voor wat betreft exploitatie worden slechts enkele vragen op hoofdlijnen gesteld over onder andere de schadelast. De DNB heeft een drietal informatiedragers en uitvraagmomenten:

1. De jaarrapportages 'Toezicht' van de verzekeraars. Deze zijn gericht op het toezicht dat DNB houdt op onder meer de solvabiliteitspositie van verzekeraars. Het gaat om informatie over cijfers die aansluiten bij de jaarrekening.

2. De kwartaalrapportages. Deze worden sinds 2006 naar aanleiding van de invoering van de zorgverzekeringswet gemaakt. Hierin worden toezicht- en statistiekelementen gecombineerd. Na een evaluatie is besloten om per 1/1/09 deze rapportage te beëindigen en over te gaan op een 'pure' statistiekrapportage op kwartaalbasis. Daarbij hoeven niet zoals voor Toezicht alle zorgverzekeraars te rapporteren, maar wordt volstaan met een steekproef.
3. Sinds kort vraagt DNB ook interne managementrapportages op bij verzekeraars. De verzekeraars geven hiermee inzicht in hun eigen risicobeheersing.

### *Uitvraag door het CVZ*

Het CVZ concentreert zich met name op kostenontwikkeling en doet informatie-uitvraag met betrekking tot de productie van beleidsinformatie en risicoverevening. Zij doet vier typen uitvragen aan zorgverzekeraars.

1. Kwartaal- en jaarstaten met gegevens over kosten en productie en verzekerdenaantallen. Ten opzichte van de informatie die de DNB opvraagt is de informatie over de kosten/schade veel gedetailleerder. Het CVZ gebruikt de informatie met name voor de taken fondsbeheer en uitvoering risicoverevening. In het kader van het fondsbeheer brengt het CVZ jaarlijks het Financieel Jaarverslag uit over de fondsen die hij beheert en brengt het CVZ elk kwartaal rapportages uit over de kostenontwikkeling in de Zvw en AWBZ.
2. Aanvullende informatie voor de uitvoering van de risicoverevening. Het CVZ ontvangt op verzekerdeniveau (geanonimiseerd) informatie over de kenmerken van de populatie van de zorgverzekeraar.
3. Het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP). In opdracht van het Ministerie van VWS monitort het CVZ de ontwikkeling van de kosten en het gebruik op het gebied van farmacie en hulpmiddelen. Hiervoor ontvangt het CVZ van de zorgverzekeraars per gebruiker gegevens over genees- en hulpmiddelen. Het gaat om een steekproef onder verzekeraars, waaraan in ieder geval alle grote verzekeraars meedoen (totaal 18 deelnemers).
4. Sectoraal Aanspreekpunt Zorg (SA-Z). Dit is een stichting die in opdracht van de zorgverzekeraars de inrichting en het beheer uitvoert van het Referentie Bestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ). Hiervan doet Vektis de feitelijke uitvoering. Op grond van de Zorgverzekeringswet heeft het CVZ de bevoegdheid om nadere regels te stellen voor een dergelijke elektronische infrastructuur. In het RBVZ wordt vastgelegd welke verzekerde (BSN) bij welke verzekeraar (UZOVI-nummer) in welke periode (in- en uitschrijfdatum) verzekerd is. Voor de uitvoering van de risicoverevening maakt het CVZ jaarlijks gebruik van een 'totaalprint' van het RBVZ.

## *Uitvraag door de NZa*

De NZa maakt op basis van bestaande samenwerkingsafspraken gebruik van de gegevens die het CVZ uitvraagt voor de invulling van het toezicht. De NZa houdt toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars en houdt toezicht op de rechtmatige en de doelmatige uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) door de AWBZ-verzekeraars en de zorgkantoren, waaronder het beoordelen van de AWBZ-uitgaven.

Verder is de NZa belast met het sectorspecifieke markttoezicht op ziektekostenverzekeraars en heeft de NZa taken om de markttransparantie voor de consument te bevorderen en toe te zien op correcte informatievoorziening door de ziektekostenverzekeraars. De NZa maakt gebruik van beschikbare gegevens, maar vraagt ten behoeve van de hiervoor genoemde taken ook incidenteel extra informatie uit. Er is dan sprake van aanvullende informatie, geen dubbele informatie.

Het gaat daarbij in ieder geval om het Uitvoeringsverslag waarin verzekeraars moeten aangeven hoe ze de Zvw hebben uitgevoerd.

## *Dubbele informatie-uitvraag*

Zowel het CVZ (mede namens de NZa) als DNB doen uitvraag bij zorgverzekeraars over balanspositie, exploitatie en schadelast. Voor wat betreft de schadelast gaat de informatie die het CVZ uitvraagt veel dieper dan die van DNB.

Uit deskresearch en gesprekken met zorgverzekeraars blijkt dat de uitgevraagde informatie door DNB en het CVZ sterk op elkaar lijkt. Bij hun uitvraag hanteren het CVZ en DNB echter soms verschillende definities voor bepaalde variabelen, waardoor partijen voor een uitvraag die sterk lijkt op een eerdere uitvraag toch een nieuwe actie moeten plegen om de gegevens om te bouwen tot de gewenste grootte. Het CVZ heeft dit zelf ook bemerkt en geeft daarom in haar 'Handleiding Informatie Zorgverzekeringwet' aan op welke fronten de CVZ-definitie met betrekking tot kosten en productie verschilt met die van DNB.

Met betrekking tot de uitvraag van DNB is tijdens de interviews aan de orde geweest dat DNB een andere definitie hanteert voor de hoge kostencomponent dan de NIVRA (vereniging voor accountants). Terwijl volgens de NIVRA het mogelijk is om de HKC als herverzekering op de balans te zetten is dat op de formulieren die bij DNB worden ingeleverd, niet toegestaan.

Een ander voorbeeld van het ontbreken van uniforme definities voor de jaarrekening is dat de voorschotten aan ziekenhuizen niet afgetrokken mogen worden van de technische voorziening, maar ze voor DNB moeten worden opgenomen als vordering. In deze definitie mist voor de zorgverzekeraars de aansluiting met de eigen jaarrekening en administratie. Dit heeft extra controles voor de accountant tot gevolg.

Geconcludeerd kan worden dat DNB en het CVZ weliswaar eigen taken hebben, maar dat bij de informatie-uitvraag overlap bestaat. Hierbij is geen sprake van dubbeling in de zin dat exact dezelfde informatie wordt uitgevraagd, immers, de definities bij de verschillende uitvragen verschillen. Maar dit maakt de dubbeling juist wel extra belastend.

Er zijn enkele concrete knelpunten gesignaleerd waarop actie mogelijk is, zoals het gelijk trekken van de definities voor de hoge kostencomponent, het beter op elkaar aansluiten van de vragen door DNB en het CVZ of zelfs het integreren van beide uitvragen.

Uitvrager	Uitgevraagde	Beschrijving	Brondata	Informatiedrager
DNB	Verzekeraar	Toetsing op financiële positie en risico's en statistieken t.b.v. CBS	Financiële administratie	Betalingsbalans en sectorrekeningen, kwartaalrapportage
DNB	Verzekeraar	Toetsing op financiële positie en risico's en statistieken t.b.v. CBS	Financiële administratie	Betalingsbalans en sectorrekeningen, jaarrapportage
DNB	Verzekeraar	Controle op processen van risicobeheersing	Interne rapportages	Interne rapportages
CVZ	Verzekeraar	Productiecijfers voor de risicoverevening	Declaratiesysteem	Productiecijfers voor de risicoverevening
CVZ	Verzekeraar	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project	Declaratiesysteem	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
CVZ	Verzekeraar	De risico-categorisering en nacalculatie	Declaratiesysteem	De risico-categorisering en nacalculatie
CVZ	Verzekeraar	Sectoraal aanspreekpunt Zorg	Verzekerdenadministratie	Iedere mutatie van gegevens over verzekerden
NZA	Verzekeraar	Uitvoeringsverslag		Uitvoeringsverslag Zvw

Tabel 3: Uitvraag op het risicogebied College voor Zorgverzekeringen – De Nederlandsche Bank

### 3.5 Overige gevallen van dubbele informatie-uitvraag

In de voorgaande drie paragrafen werd aangegeven welke structurele informatie-uitvragen plaatsvinden binnen de geconstateerde risicogebieden en waar op die gebieden dubbelingen gesignaleerd zijn. Als belangrijkste redenen voor dubbele uitvraag van informatie is aangegeven dat in de meeste gevallen informatie niet wordt gedeeld (zorgkantoren – IGZ bij kwaliteitsindicatoren) of dat de definities van benodigde informatie verschilt (CVZ – DNB).

Er vindt echter ook dubbele informatie-uitvraag plaats die niet aan het licht is gekomen aan de hand van het analytisch kader. Het gaat om dubbelingen bij incidentele informatie-uitvraag of structurele dubbelingen als gevolg van verkokering. Hieronder volgen enkele voorbeelden die aan de orde kwamen tijdens de interviews (in willekeurige volgorde).

- Veel formulieren van zorgkantoren en de NZa moeten zorgaanbieders invullen per toelating. Sommige zorgaanbieders beschikken over meerdere toelatingen. Het gevolg hiervan is dat veel gegevens die op concernniveau worden bijgehouden, moeten worden uitgesplitst per WTZi-toelating (erkende instelling).
- Een ander voorbeeld waar dubbelingen optreden is als een bepaalde voorziening zorg biedt die uit verschillende systemen gefinancierd wordt. Ook in dit geval moeten gegevens die eigenlijk alleen op geaggregeerd concern- of locatieniveau worden bijgehouden opnieuw worden gesplitst naar financieringsbron. Zo kwam uit een gesprek met een zorgaanbieder het voorbeeld van een opvang voor zwerfjongeren met bedden waarvan een deel bestemd is voor zorg in een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW), een deel voor justitiële zorg, een deel voor jeugdzorg en een deel voor Maatschappelijke Opvang. Voor elk van deze zorgtypen moet dan apart informatie worden opgeleverd.
- Sommige zorgaanbieders hebben zorgproducten die in andere marktsegmenten vallen ('kokers'). In deze gevallen treedt dubbele informatie-uitvraag op bij screening van bestuurders. Zorgaanbieders die krediet verlenen aan cliënten hebben een financieel product en worden derhalve gescreend door DNB en AFM. Zorgaanbieders die zorg bieden aan cliënten met een justitiële achtergrond (bijvoorbeeld reclassering) worden echter bij de zorginkoop gescreend door het Ministerie van Justitie. Zo kan het voorkomen dat bestuurders meerdere keren gescreend worden.
- Een volgend voorbeeld van dubbele informatie-uitvraag (of meer nauwkeurig in dit geval slecht afgestemde informatie-uitvraag) heeft betrekking op het feit dat het zorgkantoor voor ieder zorgsegment eigen prestatie-indicatoren hanteert. Sommige zorgaanbieders moeten daardoor voor dezelfde zorglocatie soms meerdere lijsten met indicatoren gebruiken.
- Tijdens één van de interviews is aangegeven dat sprake is geweest van dubbele uitvraag over de marktverdeling binnen de regio Apeldoorn-Zutphen. Deze vragen werden gesteld door de NZa aan de zorgaanbieders. Deze konden dit niet aanleveren en vroegen het vervolgens weer aan het zorgkantoor. Tegelijkertijd vroeg de NMa deze gegevens aan het zorgkantoor.
- Een ander voorbeeld van dubbele informatie-uitvraag is het hanteren van de zogenaamde 'Organisatorische Eenheid' (OE). De term en definitie zijn afkomstig van de Inspectie en wordt onder meer gebruikt voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Een OE bestaat minimaal uit 45 en maximaal uit 300 cliënten. Een OE is een samenhangend en herkenbaar organisatieonderdeel en kan in de praktijk variëren tussen één of meerdere locaties, een grote groep cliënten of zelfs een regio. Dit dwingt zorgaanbieders om informatie te verzamelen en op te leveren op OE-niveau, terwijl het voor de organisatie-inrichting wellicht meer voor de hand liggend is om dit te doen naar de indeling van de organisatiestructuur. Informatie moet hierdoor dubbel worden bijgehouden.

- Tot slot heeft in 2007 een dubbele informatie-uitvraag plaatsgevonden. De NZa vroeg naar aanleiding van vragen in de Tweede Kamer naar de klachtafhandeling door zorgverzekeraars. Over deze informatie zou enkele maanden later in het Maatschappelijk Verslag (onderdeel van het JMV) al worden gerapporteerd. De NZa had de informatie dus van het CIBG kunnen krijgen, maar onder politieke druk is de uitvraag over klachtafhandeling eerder en extra gedaan. Het gaat hier dus duidelijk om een dubbeling bij incidentele informatie-uitvraag.

## *Dubbele informatie-uitvraag tussen overheden en brancheorganisaties*

Tijdens de interviews bleek dat in de beleving van enkele geïnterviewde marktpartijen hun brancheorganisaties soms informatie uitvroegen die reeds door overheden werd uitgevraagd.

In de gesprekken met brancheorganisaties is op dit punt uitdrukkelijk doorgevraagd. Uit de reacties blijkt dat de uitvraag tussen overheden en brancheverenigingen inmiddels redelijk goed is afgestemd doordat de brancheorganisaties betrokken zijn bij de ontwikkeling van het JMV. Actiz, GGZ Nederland en VGN doen geen zelfstandige informatie-uitvraag anders dan hun bijlage van het JMV.

Op enkele punten is wel sprake van dubbele informatie-uitvraag (geweest) door overheden en brancheorganisaties.

- Ten eerste bevat het JMV vragen over de productie en capaciteit van zorgaanbieders, terwijl de NZa deze gegevens reeds heeft. De reden dat dit dubbel wordt uitgevraagd is dat de NZa deze informatie niet wilde delen. Over 2008 is door Actiz en VGN een beroep gedaan op de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) waarna de NZa deze informatie (eenmalig) heeft aangeleverd aan bij de brancheverenigingen.
- Ten tweede is het zo dat de uitvraag van Farmacie Informatie Systeem (FIS) door Vektis en de uitvraag van het CVZ voor het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) dubbel is. In beide gevallen gaat het om farmaciedeclaraties op basis van farmaceutische kostengroepen (FKG's). Beide partijen willen deze taak blijven uitvoeren. Vektis wordt hiertoe uitgenodigd door de zorgverzekeraars en realiseert een 100%-dekking. Het CVZ wil zo veel als mogelijk onafhankelijk zijn van private partijen voor de aanlevering van gegevens om te waarborgen dat de cijfers correct zijn en dat er continuïteit is van de aanlevering. Soms worden deze gegevens wel aan elkaar geleverd, maar dat is incidenteel en alleen als er iets mis is gegaan vanuit de zorgverzekeraars. Er zijn verschillen tussen de totaalcijfers. Volgens Vektis is de reden hiervan dat het FIS altijd 100% van de declaraties bevat en het GIP vaak minder (een steekproef).

In het gesprek met ZN is aangegeven dat soms bepaalde onderzoeken en registraties ad hoc gebeuren. Er is dan een specifiek branchebelang om bijvoorbeeld een bijzondere ontwikkeling in schadelast te bestuderen. Vektis is dan veelal de uitvoerende partij. Het levert nauwelijks extra uitvragen aan verzekeraars, want de informatie wordt veelal gehaald uit regulier aangeleverde gegevens over schadelast.

In één van de interviews werd, naar het lijkt terecht, opgemerkt dat de gezondheidszorg zoveel patiëntenorganisaties, belangenbehartigers en brancheorganisaties kent, dat dubbele informatie-uitvraag niet 100% te voorkomen is.

### 3.6 Uitspraken over andere onderwerpen *en marge van de interviews*

In de meeste interviews kwam aan de orde dat slechts beperkt sprake is van dubbele informatie-uitvragen. In de beeldvorming is er echter wel degelijk sprake van dubbele uitvraag. Als hierop door werd gevraagd gaven de meeste geïnterviewden aan dat de beeldvorming waarschijnlijk voortleeft door een aantal andere ongenoegens, waardoor marktpartijen veronderstellen dat 'de informatie-uitvraag ongetwijfeld ook niet goed geregeld is'. Hoewel de uitspraken niet altijd voldoende context bevatten voor de juiste interpretatie, volgen nu toch enkele voorbeelden die volgens de geïnterviewden debet zijn aan deze beeldvorming:

- ieder zorgkantoor gebruikt andere formats voor de productieafspraken. Dit is vooral voor zorgaanbieders die in meerdere regio's actief zijn erg belastend;
- zorgaanbieders zien weinig terug van de informatie die wordt uitgeleverd. Terugkoppeling van resultaten zou de negatieve perceptie positiever kunnen maken;
- het doel van de grote hoeveelheden informatie voor de offertes aan zorgkantoren is onduidelijk;
- er is veel uitvraag waarvoor de bestuurder moet tekenen, terwijl er vaak ook al een accountant voor heeft getekend;
- tijdens één van de interviews werd aangegeven dat de NZa voor de nacalculatie meerdere keren per jaar de productie uitvraagt. In de beleving van geïnterviewde kan dit wellicht minder vaak. De NZa stelt daar tegenover dat de nacalculatie van de gerealiseerde productie één keer uitgevraagd wordt, maar dat zorgaanbieders op eigen verzoek drie keer per jaar de mogelijkheid hebben productieafspraken te maken;
- op het gebied van Wmo-zorg is veel verbeterpotentieel in administratieve organisatie. Zorgaanbieders moeten voor iedere gemeente specifieke aanbestedingsformaten hanteren. Hier is een soort JMV misschien een verbeteroptie;
- de informatie-uitvraag over ZZP's is omvangrijk en complex geweest. Hoewel eenmalig, heeft dit voor ongenoegen gezorgd. Na een eerste uitgebreide uitvraag werd later een herschikking toegevoegd. Het was voor de zorgaanbieders niet duidelijk waarom dit nodig was, terwijl het veel werk is geweest voor de zorgaanbieders.

# Berenschot

Enkele duidelijke klachten en ongenoegens zitten bij tussentijdse aanpassingen en herzieningen van formulieren door de NZa:

- formulieren en andere informatie worden door de NZa pas later verzonden dan afgesproken. Bijvoorbeeld: dit jaar zouden op 1 oktober de opschoningsprijzen (tabellen) aangeleverd worden. Deze zijn nodig voor de input van de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Deze kwamen drie weken te laat. In de toch al korte periode om te onderhandelen (met zes verzekeraars over 4.000 DBC's) is dat veel tijd. Daarbij komt dat de NZa steeds nieuwe versies oplevert. Dit jaar is vier keer een herziening verstuurd, met steeds kleine aanpassingen. Dit brengt veel extra werk voor de ziekenhuizen met zich mee;
- daarbij is het vervelend dat de methode waarmee rekenstaten en herzieningen worden gemaakt niet transparant is (aannames zijn soms ondoordringbaar). Het is niet controleerbaar of na te gaan op welke wijze deze berekend worden;
- de formulieren voor de productieafspraken/nacalculatie worden ieder jaar aangepast (categorie toegevoegd of afgevoerd). Deze zijn daardoor onhandig naast elkaar te zetten om jaren te vergelijken. Praktische tip: als je een regel toevoegt aan het formulier, doe dit dan onderaan het formulier. De regels (en regelnummers) worden daardoor tussen jaren vergelijkbaar. De gebruiksvriendelijkheid kan als gevolg daarvan hoger worden;
- de NZa levert zelf informatie (rekenstaten) op papier op en niet digitaal. Dit levert erg veel extra werk op als zorgaanbieders zelf verder willen rekenen met deze informatie;
- de NZa is telefonisch en per e-mail slecht te bereiken.

## 4. Initiatieven om de uitvraag te beperken

### 4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk zijn risicocategorieën onderscheiden waar mogelijk dubbele uitvraag van informatie zou plaatsvinden en is gerapporteerd over een (beperkt) aantal voorbeelden van dubbele informatie-uitvraag. Tijdens de gesprekken is diverse malen aangegeven dat marktpartijen ook positieve ervaringen hebben. Zo blijken er veel initiatieven te zijn (geweest) om de uitvragen te stroomlijnen of te verminderen. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van belangrijke initiatieven door uitvragers, die als doel hebben om de uitvraag aan marktpartijen te beperken. Tevens worden enkele nuanceringen benoemd, die de beeldvorming rondom de uitvraag deels verklaren en laten zien dat deze soms ten onrechte negatief is.

### 4.2 Concrete acties

Alle geïnterviewde uitvragers hebben initiatieven genoemd die zijn genomen ter beperking van uitvraag van informatie. Een belangrijk zorgbreed initiatief ter vermindering van de uitvraag is natuurlijk het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Deze wordt door marktpartijen gezien als een duidelijke positieve ontwikkeling om informatie-uitvraag te stroomlijnen.

Hieronder worden per geïnterviewde uitvrager de belangrijkste initiatieven opgesomd ter vermindering van lasten voor de marktpartijen door informatie-uitvraag.

#### *NZa*

De NZa werkt al op diverse manieren samen met andere toezichthouders in de zorg om te komen tot uitvraagbeperking. Belangrijke ontwikkeling in dit verband zijn de afgesloten convenanten en samenwerkingsafspraken met

- toezichthouders en regulators zorgsector (CVZ, CBZ, IGZ en CSZ);
- toezichthouders en regulators algemeen (NMa, DNB, AFM, FIOD-ECD, OM, Consumentenautoriteit);
- advies- en onderzoeksbureaus (RIVM, CBS, CPB)<sup>7</sup>.

Het Ministerie van VWS en de NZa kennen een gezamenlijk informatiestatuut, waarin eveneens afspraken zijn vastgelegd over het delen van informatie en is er samenwerking met Vektis om informatie uit te wisselen. Streven daarbij is de 'één loket-gedachte': efficiënte inzet van middelen en beperking van administratieve lasten.

---

<sup>7</sup> Zie <http://www.nza.nl/nza/NZa/Samenwerking>

Recent is een procesbeschrijving ontwikkeld voor stroomlijnen informatie-uitvraag. Voordat een vraag uitgezet wordt, is er een aantal stappen om te controleren of de informatie al elders binnen de organisatie beschikbaar is. De procesbeschrijving is nog niet helemaal geïmplementeerd.

Verder werkt de NZa intern als onderdeel van het meerjarige programma Wegnemen Administratieve Lasten Zorgautoriteit (WALZ) met de Administratieve Lasten Indicator. Dit instrument maakt medewerkers in een vroeg stadium bewust van regeldruk en oplossingsrichtingen.

Tot slot heeft de NZa het initiatief genomen tot een webportal. Dit is een platform waarop directies beveiligde gegevens met specifieke relaties uit kunnen wisselen. Elke relatie krijg toegang tot een voor hem of haar geautoriseerd deel op het webportaal waar bestanden geplaatst of afgehaald kunnen worden.

## *DNB*

DNB draagt op de volgende manieren bij aan het voorkomen van dubbele informatie-uitvraag:

1. Administratieve Lasten is een speerpunt van DNB. DNB vraagt alleen nog maar informatie uit waarvoor een wettelijke basis is, 'nice to know' informatie is in het verleden allemaal geschraapt.
2. Sinds 2006 werd naar aanleiding van de invoering van de Zvw een kwartaalrapportage gehouden, waarin toezicht- en statistiekelementen worden gecombineerd. In paragraaf 3.4 werd al opgemerkt dat is besloten om per 1/1/09 deze rapportage te beëindigen en over te gaan op een 'pure' statistiekrapportage op kwartaalbasis. Daarbij hoeven niet alle zorgverzekeraars te rapporteren, maar kan worden volstaan met een steekproef bij de vier grote verzekeraars. DNB stelt zich zo terughoudend mogelijk op bij deze uitvraag. Zij gebruikt momenteel ook niet al haar bevoegdheden. Op basis van de Wfbb zou ze voor zover het buitenlandse verhoudingen betreft de rapportages iedere maand mogen opvragen.
3. DNB opereert vanuit een 'één loket-gedachte'. Alle informatie wordt uitgevraagd via dezelfde afdeling. Deze kan dan doublures op tijd herkennen.
4. DNB heeft tot op heden alle formulieren die zij gebruikt voor uitvraag bij zorgverzekeraars voorgelegd aan de 'rapportagecommissie verzekeraars'. Hierin zitten ondermeer het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland.
5. Momenteel wordt er een convenant opgesteld tussen DNB en CVZ over samenwerking en de uitwisseling van gegevens.
6. Er is intensieve samenwerking tussen DNB en het CBS, waarbij DNB alle informatie namens het CBS uitvraagt ondanks de eigen wettelijke titel die het CBS hiervoor heeft.

## CVZ

Het CVZ initieerde de volgende zaken om uitvraag te stroomlijnen:

1. Intern loopt alle inkomende en uitgaande informatie via de afdeling verantwoording en signalering. Op die manier kan worden bijgehouden of informatie niet al eerder of op een ander plaats wordt uitgevraagd.
2. Het CVZ stemt met de NZa en DNB af welke informatie zij uitvragen. Hiervoor vindt periodiek een afstemmingsoverleg plaats (ongeveer vier keer per jaar). Ook houdt het CVZ een lijst bij met informatie die zij uitvragen. De geüpdate lijst wordt verstuurd naar de NZa en de DNB. Het is ook mogelijk dat het CVZ in zijn informatie-uitvraag een bepaalde uitvraag ten behoeve van de NZa meeneemt.
3. Het CVZ en de NZa wisselen structureel de volgende informatie met elkaar uit:
  - van CVZ aan NZa: kwartaal- en jaarstaten van zorgverzekeraars en zorgkantoren, rapportage over verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar;
  - van NZa aan CVZ: maatschappelijke verantwoordingen (financieel verslag en uitvoeringsverslag) van zorgverzekeraars en zorgkantoren, rapportages over de AWBZ. Ook worden productieafspraken en gerealiseerde productie van zorgaanbieders op landelijk niveau uitgewisseld;
  - over en weer: informatie ten behoeve van het toezicht op de risicoverevening (belegd bij de NZa).
4. Het CVZ toetst jaarlijks zijn informatie-uitvraag op noodzakelijkheid en gebruik. Informatie die niet (meer) nodig is wordt niet (meer) uitgevraagd. De wijzigingen in de informatie-uitvraag worden intern geïnventariseerd, afgestemd met de NZa en VWS, getoetst bij de zorgverzekeraars en uiteindelijk vastgesteld door de Raad van Bestuur van het CVZ.
5. Er wordt regelmatig getoetst bij verzekeraars wat eenvoudiger kan. Zo overweegt het CVZ om de kwartaal- en jaarstaten in de toekomst niet meer via Excel, maar via E-line, op te vragen. E-line is een internetapplicatie ten behoeve van rapportageverplichtingen. Ook DNB vraagt zijn gegevens op via E-line (is ontwikkeld door DNB).

## IGZ

De IGZ draagt op de volgende manieren bij aan het voorkomen van dubbele informatie-uitvraag:

1. Bij het IGZ-project 'Zichtbare zorg' zijn veel stakeholders aangesloten, zoals verzekeraars, consumenten- en patiëntenorganisaties, brancheverenigingen, etc. Zichtbare zorg vervult een regiefunctie om kwaliteitsinformatie tussen stakeholders goed op elkaar af te stemmen. Verschillende stakeholders kennen vaak verschillende doelen waardoor het niet eenvoudig is de verschillende belangen eenduidig op elkaar af te stemmen.
2. IGZ maakt waar mogelijk gebruik van informatie van andere informatiesystemen, zoals het DIS bij DBC-Onderhoud.

## VWS

Het Ministerie van VWS doet zelf geen uitvraag aan marktpartijen. Wel is zij opdrachtgever van informatie-uitvraag door andere overheden en onderzoeksbureaus. Het ministerie is tevens actief bezig met vermindering van regeldruk, inclusief lasten van informatie-uitvraag. Hieromtrent heeft de geïnterviewde de volgende zaken opgemerkt:

1. De website [www.zorggegevens.nl](http://www.zorggegevens.nl) is een wegwijzer voor gebruikers van zorggegevens. Hier kunnen mensen vinden welke informatie beschikbaar is, wat de bronregistraties zijn, en wie de informatie beheert.
2. Het JMV heeft al veel opgelost als het gaat om dubbele informatie-uitvraag. Dubbelingen in het verleden tussen CVZ/NZA/IGZ zijn hiermee sterk verminderd en misschien wel helemaal opgelost.
3. VWS denkt na over de toekomstige informatievoorziening, bijvoorbeeld of het ministerie verantwoordelijkheid naar zich toe moet trekken om te komen tot één loket voor zorginformatie, bijvoorbeeld over toezicht, kwaliteit en veiligheid.
4. Borging dat er niet dubbel wordt uitgevraagd vindt plaats met behulp van [www.zorggegevens.nl](http://www.zorggegevens.nl), maar ook door toetsing van subsidietoekenning op dubbele informatie-uitvraag. Als de informatie elders beschikbaar is, dan wil VWS geen registratie financieren die zaken opnieuw uitvraagt.

### *Zorgverzekeraars en zorgkantoren*

Tenslotte streven ook de zorgverzekeraars en zorgkantoren naar minimale lasten voor marktpartijen. Daarom werken ze actief mee aan de totstandkoming van eenduidige indicatoren waarmee de kwaliteit getoetst kan worden. Daarbij laat men zich leiden door indicatoren die de IGZ hanteert. Het is echter onduidelijk of zorgverzekeraars en zorgkantoren deze uitvraag rechtstreeks bij de IGZ zouden kunnen doen.

### **4.3 Nuanceringen**

In de interviews kwamen enkele zaken aan bod die belangrijk zijn ter nuancering van de beeldvorming over dubbele informatie-uitvraag, zo bleek al uit paragraaf 3.6. Er zijn echter niet alleen ongenoegens richting overheidspartijen die de beeldvorming voeden, maar ook andere oorzaken te benoemen voor de ervaren hoeveelheid informatie-uitvragen.

#### *Informatiesystemen onvoldoende ontwikkeld*

- Een oorzaak dat zorgaanbieders moeilijkheden ervaren met informatie-uitvraag kan zijn dat ze zoekende zijn met hun informatiebeheer. In tegenstelling tot de uitvragers hebben ze zorgaanbieders minder uitgebreide informatiesystemen, zoals het ontbreken van een datawarehouse. Dit zorgt ervoor dat de uitvragers een andere perceptie hebben van hoe makkelijk informatie aan te leveren is. Vooral van kleine instellingen in de care is bekend dat ze bepaalde gegevens nog handgeschreven aanleveren.

## *Legitieme redenen om voorzichtig om te springen met informatie*

- Bij het delen en stroomlijnen van informatie-uitvraag is het belangrijk dat er rekening wordt gehouden met de privacy van burgers en bedrijven. Bovendien kan er sprake zijn van concurrentiegevoelige informatie. Het is daarom lastig om alle dubbele uitvragen te voorkomen, maar deze argumenten zijn niet bij alle marktpartijen bekend.
- Momenteel is bij verschillende overheden het zogeheten 'Wob-lek' onderwerp van discussie. De Wet openbaarheid van bestuur (Wob) uit 1980 regelt de inzage van bepaalde documenten van de overheid. DNB is expliciet uitgesloten van de Wob, dus als NZa of CVZ op basis van een protocol of samenwerkingsafpraak wel bepaalde privacy- of bedrijfsgevoelige informatie krijgen van DNB bestaat het risico dat de informatie alsnog weglekt. Echter, dit type informatie is sowieso uitgesloten van de Wob, dus zullen NZa of CVZ deze informatie ook niet vrij geven. Toch zouden partijen om ieder risico te voorkomen zaken los van elkaar dubbel uitvragen. In de praktijk blijkt dit mee te vallen vanwege de verschillende scope.

## 5. Conclusie en aanbevelingen

Deze quick scan heeft zich gericht op de vraag in welke mate dubbele informatie-uitvraag plaatsvindt door overheden en brancheorganisaties. Het gaat hierbij om feitelijke dubbelingen in relatie tot de beleving van marktpartijen over dit onderwerp.

*De hoofdconclusie van de quick scan luidt dat in beperkte mate sprake is van dubbele informatie-uitvraag. Voor de NZa zijn geen dubbele informatie-uitvragen aan het licht gekomen. De werkelijkheid is bovendien positiever dan de beeldvorming hierover. In dit kader is relevant om te vermelden dat er in de afgelopen jaren veel initiatieven zijn genomen om te komen tot een eenmalige gecombineerde aanlevering van informatie en betere uitwisseling van informatie tussen overheidspartijen.*

*De negatieve beeldvorming lijkt vooral gevoed door ongenoegens op andere fronten, zoals onduidelijkheid over doel van informatie-uitvragen of gebrekkige terugkoppeling van resultaten.*

*De voorkomende gevallen van dubbele informatie-uitvraag zijn structureel van aard en voornamelijk het gevolg van onvoldoende afstemming tussen uitvragers, definitieverschillen en verkokering tussen sectoren en regio's waardoor units of locaties binnen een concern met meerdere toelatings of organisatorische eenheden afzonderlijk rapportages moeten aanleveren.*

### 5.1 De beleving over dubbele informatie-uitvraag

De NZa ontvangt regelmatig signalen over dubbele informatie-uitvraag. Het gaat met name om signalen vanuit marktpartijen die menen dat de NZa, IGZ, CVZ, DNB, brancheverenigingen, zorgverzekeraars en zorgkantoren veelvuldig dezelfde informatie uitvragen, waarbij slechts weinig sprake zou zijn van coördinatie. Dit beeld wordt door de meeste geïnterviewden herkend als een beeld dat in de eigen sector bestaat.

De meeste geïnterviewden geven echter zelf aan dat de feitelijke werkelijkheid positiever is dan de beleving. Er is onder de geïnterviewden slechts in enkele gevallen sprake van ongenoegen over concrete gevallen van dubbel informatie-uitvraag. Meestal gaat het om structurele informatie-uitvraag. Van incidentele uitvraag waarbij dubbelingen plaatsvonden zijn slechts enkele voorbeelden gevonden. Uit de interviewresultaten blijkt dat de beeldvorming vooral wordt veroorzaakt door andere ongenoegens met betrekking tot de uitvragers. Het gaat dan bijvoorbeeld over de (ervaren) omvang van uitgevraagde informatie, slechte bereikbaarheid van uitvragende organisaties, onduidelijke terugkoppeling en overschrijding van deadlines bij het aanleveren van informatie door overheidsorganisaties waardoor administratieve processen vertraging oplopen.

### 5.2 Feitelijke dubbele informatie-uitvragen

Een drietal natuurlijke risicogebieden bestaat voor dubbele informatie-uitvraag omdat meerdere partijen informatie op dit gebied uitvragen. De overlap tussen overheden blijkt minimaal. De overlap tussen overheidspartij en een andere partij (brancheorganisatie, zorgverzekeraar, zorgkantoor) is groter.

1. *Uitvraag over kwaliteit bij zorgaanbieders.* De informatie-uitvraag door overheden laat geen feitelijke dubbelingen zien. Wel komt het voor dat het zorgkantoor bij de zorginkoop informatie uitvraagt die bij de IGZ reeds beschikbaar is.
2. *Uitvraag over productieafspraken en gerealiseerde productie.* Op dit gebied vindt geen dubbele informatie-uitvraag plaats. Ook hier geldt dat onder zorgaanbieders (momenteel met name cure) de vrees heerst dat zorgverzekeraars in de toekomst steeds meer eigen aanvullende informatie uitvragen bij de zorginkoop, bijvoorbeeld met betrekking tot inhoudelijke kwaliteit, service en organisatie van de dienstverlening. Daar staan overigens extra inkomsten tegenover, dus zorgaanbieders hebben er een eigen belang bij.
3. *Uitvraag van beleids- en toezichtinformatie bij zorgverzekeraars.* Op dit risicogebied bestaat overlap tussen de uitvraag van DNB en het CVZ. Hier is geen sprake van dubbele informatie-uitvraag in de zin dat exact dezelfde informatie wordt uitgevraagd. Wel is sprake van uitvraag van vergelijkbare informatie, die alleen door de definiëring van elkaar verschilt. Dit maakt de dubbeling extra belastend. Ook is op enige punten verschil tussen de definities die DNB hanteert bij haar uitvraag en de definities die het NIVRA aan accountants voorschrijft, bijvoorbeeld op het gebied van hoge kostencompensatie.

Een deel van de knelpunten in de risicogebieden is het gevolg van onvoldoende afstemming tussen overheden. Een andere oorzaak voor dubbele informatie-uitvragen is 'verkokering'.

### **5.3 Beperking van (dubbele) uitvraag**

Alle uitvragende overheden spannen zich in om dubbele informatie te voorkomen. Dit gebeurt bijvoorbeeld met interne procedures voor informatie-uitvraag, het inrichten van een centraal loket voor informatie-uitvraag, bilaterale afstemming van uitvraag tussen uitvragers en werkgroepen waarin de uitvraag wordt afgestemd.

Ook grootschalige initiatieven zoals het programma 'Zichtbare Zorg' van het bureau Zorgbrede Transparantie van Kwaliteit ondersteunen een doelmatige en efficiënte informatie-uitvraag. Het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording wordt door alle geïnterviewden als positief ervaren.

De samenwerking tussen DNB en CBS, waarbij DNB alle informatie namens het CBS uitvraagt ondanks de eigen wettelijke titel die het CBS hiervoor heeft, is een best practice die aanbeveling verdient bij andere uitvragers. De NZa levert ook informatie aan het CBS. Deze informatie heeft betrekking op productieafspraken en gerealiseerde productie.

### **5.4 Aanbevelingen**

*Laat de successen zien*

Er zijn de laatste jaren veel initiatieven genomen om de uitvragen te stroomlijnen of te verminderen. Tijdens de interviews gaven vele gesprekspartners aan positieve ervaringen te hebben. Om de beeldvorming te doen kantelen is het van belang dat successen een podium krijgen.

## *Communiceer het doel van de uitvraag*

Gesprekspartners geven aan dat ze meestal begrip hebben voor het feit dat er nu eenmaal informatie uitgevraagd wordt, zo lang het doel van de uitvraag helder is.

## *Geef een terugkoppeling van de resultaten*

In gesprekken met zorgaanbieders en zorgverzekeraars kwam enkele malen aan de orde dat ze – na inlevering van de gevraagde vragenlijst of formulieren – nooit meer een terugkoppeling kregen van resultaten. Door inzicht te geven in de resultaten, krijgen veldpartijen minder snel het gevoel dat een uitvraag overbodig is geweest.

## *Stem definities af*

In enkele gevallen wijken definities af, waarbij voor de uitgevraagden niet altijd duidelijk is waarom een organisatie afwijkt van meer gangbare definities. Bovendien levert dit relatief veel extra werk, aangezien brongegevens handmatig moeten worden gecorrigeerd en standaard checks and balances niet meer werken.

## *Breid de afstemming van informatie-uitvraag uit met zorgkantoren en eventueel private partijen*

Naast de organisaties die conform hun wettelijke taken een (gelegitimeerde) uitvraag van informatie doen, komen er in de verder liberaliserende zorgmarkt – met bovendien een terugtrekkende overheid – steeds meer private partijen die nieuwe vragenlijsten uitzetten als vervanging van geschrapte of aanvulling op landelijke informatie-uitvragen.

## *Overweeg per informatiedomein één uitvrager aan te wijzen*

Het is te overwegen om per toezichthouder een aantal toezichtitems af te spreken waarover dan die toezichthouder, mede namens de andere toezichthouders exclusief de gegevens opvraagt. Dus één toezichthouder die primair aanspreekpunt is voor klachtafhandeling, één voor verzekerdenvloed, één toezichthouder voor integriteit en compliance, enzovoorts.

## Bijlage 1

Lijst met afkortingen

AFM – Autoriteit Financiële Markten  
AWBZ – Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten  
CAK – Centraal Administratiekantoor  
CBS – Centraal Bureau voor de Statistiek  
CBP – College Bescherming Persoonsgegevens  
CBZ – College Bouw Zorginstellingen  
CQ-index – Consumer Quality Index  
CSZ – College Sanering Zorginstellingen  
CVZ – College voor Zorgverzekeringen  
DBC – Diagnose Behandeling Combinatie  
DIS – DBC Informatie Systeem  
DNB – De Nederlandsche Bank  
FIOD-ECD – Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst - Economische Controle Dienst  
FIS – Farmacie Informatiesysteem  
GGZ – Geestelijke gezondheidszorg  
GIP – Genees- en hulpmiddelen Informatie Project  
HKC – Hoge Kosten Compensatie  
IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg  
JMV – Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording  
NIVRA – Nederlandse Instituut Van Register Accountants  
NMa – Nederlandse Mededingingsautoriteit  
NPCF – Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie  
NVZ – Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen  
NZa – Nederlandse Zorgautoriteit  
OE – Organisatorische Eenheid  
OOB – Organisatie van Openbaar Belang  
OM – Openbaar Ministerie  
RIBW – Regionale Instelling voor Beschermd Wonen

# Berenschot

RIVM – Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu  
RBVZ – Referentie Bestand Verzekerden Zorgverzekeringswet  
SFK – Stichting Farmaceutische Kengetallen  
VGN – Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland  
VWS – Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Wob – Wet openbaarheid van bestuur  
Wfd – Wet financiële dienstverlening  
Wmg – Wet marktordening gezondheidszorg  
Wmo – Wet maatschappelijke ondersteuning  
WTZi – Wet toelating zorginstellingen  
ZBO – Zelfstandig bestuursorgaan  
ZN – Zorgverzekeraars Nederland  
Zvw – Zorgverzekeringswet  
ZZP – Zorgzwaartepakket

## Bijlage 2

**Overzicht van informatie-uitvraag**

# Berenschot

Uitvrager	Uitgevraagde	Beschrijving	Brondata	Informatiedrager	Kennisdomein
DNB	Verzekeraar	Toetsing op financiële positie en risico's en statistieken t.b.v. CBS	Financiële administratie	Betalingsbalans en sectorrekeningen, kwartaalrapportage	Toezicht/beleidsinformatie
DNB	Verzekeraar	Toetsing op financiële positie en risico's en statistieken t.b.v. CBS	Financiële administratie	Betalingsbalans en sectorrekeningen, jaarrapportage	Toezicht/beleidsinformatie
DNB	Verzekeraar	Controle op processen van risicobeheersing	Interne rapportages	Interne rapportages	Toezicht
IGZ	Zorgaanbieder	Toetsing op kwaliteit van zorg	Kwaliteitsysteem	Basisset prestatie-indicatoren	Toezicht/beleidsinformatie
CVZ	Verzekeraar	Productiecijfers voor de risicoverevening	Declaratiesysteem	Kwartaal- en jaarstaten	Beleidsinformatie/Productie
CVZ	Verzekeraar	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project	Declaratiesysteem	Alle kosten gemaakt op declaratieniveau	Beleidsinformatie
CVZ	Verzekeraar	De risico-categorisering en nacalculatie	Declaratiesysteem	Aanvullende vragen over zorggebruik voor de risicoverevening	Productie
CVZ	Verzekeraar	Sectoraal aanspreekpunt Zorg	Verzekerdenadministratie	Iedere mutatie van gegevens over verzekerden	Beleidsinformatie
Zorgkantoor	Zorgaanbieder	Productieafspraken	Kwaliteitsysteem, productieregistratie, interne administratie	Offerte	Contractering
Zorgkantoor	Zorgaanbieder	Gerealiseerde productie	Productieregistratie	Zorgmonitor	Productie
Verzekeraar	Zorgaanbieder	Gerealiseerde productie	Productieregistratie	Productieafspraken	Contractering
Verzekeraar	Zorgaanbieder	Gerealiseerde productie	Productieregistratie	Productiemonitor	Productie

# Berenschot

Uitvrager	Uitgevraagde	Beschrijving	Brondata	Informatiedrager	Kennisdomein
NZa	Zorgaanbieder	Productieafspraken en gerealiseerde productie	Productieregistratie en financiële administratie	Tariefbeschikking, Nacalculatie, Monitoring,	Contractering, productie, Beleidsinformatie
NZa	Zorgaanbieder	Prijs en kwaliteitsinformatie	Monitoronderzoeken naar marktfunctioneren en -uitkomsten	Monitor uitvraag	Beleids- en toezichtsinformatie
NZa	Verzekeraar	Uitvoeringsverslagen	Financiële administratie, Productieregistratie, interne administratie	Uitvoeringsverslag ZVW	Beleids- en toezichtsinformatie
NZa	Verzekeraar	Contractinformatie	Monitoronderzoeken naar marktfunctioneren en -uitkomsten	Monitor uitvraag	
NZa	Verzekeraar	Kwaliteitsinformatie	Monitoronderzoeken naar marktfunctioneren en -uitkomsten	Monitor uitvraag	Beleids- en toezichtsinformatie
NZa	AWBZ-verzekeraar	jaarstaat	Financiële administratie	jaarstaat	