

Van: [redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

Verzonden: dinsdag 23 augustus 2022 11:10

Aan: [redacted]@nza.nl>

CC: [redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>; [redacted]

[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

Onderwerp: RE: Overleg Privacy zorgvraagtypering ggz

Hoi [redacted]

Onze bedenkingen betreffen, hier vooralsnog in steekwoorden aangegeven:

Overkoepelend:

In de nu aangeleverde stukken wordt niet (voldoende) aandacht besteed aan de (vereiste) proportionaliteit van de nu aan zorgaanbieders opgelegde verplichting, tot halfjaarlijkse aanlevering van de HoNos+ vragenlijsten van alle patiënten. Er is een grondslag, er is een taak, maar is er wel een rechtvaardiging voor de aard en omvang van deze gegevensverwerking. Kan die taak niet ook op andere wijze, met minder ingrijpende en/of omvangrijke gegevensverwerking worden uitgevoerd? In de nu aangeleverde stukken is niet duidelijk of deze vraag aan de orde is geweest, is afgewogen en welke argumenten doorslaggevend zijn (geweest) om (toch) voor deze opzet te kiezen.

Zie bv de te magere afweging onder 3.1. 'proportionaliteit':

"Om goed geïnformeerde keuzes te maken in de verdere ontwikkeling van zorgvraagtypering is het nodig dat de NZa voldoende gegevens heeft. Hoe meer gegevens, hoe beter immers zicht is op de ingezette zorg bij verschillende zorgvraaggroepen en hoe beter is in te schatten wat voor uitzonderingsgevallen er voor kunnen komen. Daarvoor is een goed zorgvraagtyperingssysteem met een brede dekking van de zorgvraagtyperingen in de sector nodig zonder sterke selectiebias. Een selectie van patiënten, zorgaanbieders of bijvoorbeeld settings is daarom onvoldoende om zorgvraagtypering goed te kunnen doorontwikkelen."

Weliswaar wordt in paragraaf 8 wel een onderbouwing gegeven van het type gegevens dat noodzakelijk zou kunnen zijn, maar wordt a) niet nader onderbouwd waarom het niet zonder zou kunnen, b) niet nader onderbouwd waarom dat van alle patiënten, elk half jaar nodig zou zijn en c) vooral sterk de nadruk gelegd op het niet tot nauwelijks herleidbaar zijn van die gegevens.

Al met al lijkt de NZa vooral aan c) veel belang te hechten en komen a) en b) niet goed genoeg uit de verf.

Tot straks,

[redacted]
[redacted]
Directie Systeemtoezicht, Technologie en Beveiliging
Afdeling Systeemtoezicht



AUTORITEIT
PERSOONSGEGEVENS

[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl

T 070 8888 500

Bezuidenhoutseweg 30, 2594 AV Den Haag

Postbus 93374, 2509 AJ Den Haag

autoriteitpersoonsgegevens.nl

'Privacy gaat iedereen wat aan'

De privacywet (AVG) zorgt voor meer grip op persoonsgegevens. Weten wat de privacywet voor jou betekent? Kijk op www.hulpbijprivacy.nl.

Van: [redacted] <[redacted]@nza.nl>

Verzonden: dinsdag 23 augustus 2022 10:27

Aan: [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

Onderwerp: RE: Overleg Privacy zorgvraagtypering ggz

Hoi [redacted]

Zou je alvast delen welke vragen over proportionaliteit jullie hebben? Dan probeer ik voor ons overleg vast extra voor te bereiden.

Vriendelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted]

Verzonden: dinsdag 23 augustus 2022 09:55

Aan: [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl> [redacted]

[redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>; [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>;

[redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

CC: [redacted] <[redacted]@nza.nl>; [redacted] <[redacted]@nza.nl>; [redacted]

[redacted] <[redacted]@nza.nl>

Onderwerp: RE: Overleg Privacy zorgvraagtypering ggz

Beste [redacted]

Ja hoor, we zullen eerst vanmiddag met jullie het gesprek aangaan. Laten we daarin de inhoud en verdere communicatie bespreken.

Vriendelijke groet,

[redacted]

Van: [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

Verzonden: maandag 22 augustus 2022 12:11

Aan: [redacted] <[redacted]@nza.nl>; [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>;

[redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>; [redacted]

[redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

CC: [redacted] <[redacted]@nza.nl>; [redacted] <[redacted]@nza.nl>; [redacted]

[redacted] <[redacted]@nza.nl>

Onderwerp: RE: Overleg Privacy zorgvraagtypering ggz

Beste [redacted]

Dank voor deze stukken, we hebben hier inmiddels al even kort intern / gezamenlijk naar gekeken. Dat levert naast het nodige extra inzicht toch ook nog wel een aantal vragen op, in het bijzonder op het vlak van proportionaliteit. We denken dat het handig is die te bespreken nog voorafgaand aan publicatie hiervan. Nu hebben we gelukkig voor morgen al een overleg staan. Kunnen wij er van uitgaan dat jullie niet vandaag of morgen dit al willen publiceren?

Ik hoor graag

&

Mvg,

[redacted]

Van: [redacted] <[redacted]@nza.nl>

Verzonden: vrijdag 19 augustus 2022 15:50

Aan: [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl> [redacted]

[redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>; [redacted]

[redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>; [redacted] <[redacted]@autoriteitpersoonsgegevens.nl>

CC: [redacted] <[redacted]@nza.nl>; [redacted] <[redacted]@nza.nl> [redacted]

[redacted] <[redacted]@nza.nl>

Onderwerp: RE: Overleg Privacy zorgvraagtypering ggz

Beste [redacted],

Hierbij de onderbouwing die de NZa zal publiceren. En de eerdere beoordeling die we in 2020 hebben gedaan. We zullen toch niet vandaag publiceren, maar ik stuur de onderbouwing wel vast aan jullie. We spreken elkaar dinsdag hierover. Voor nu: goed weekend!

Met vriendelijke groet,

[redacted]

Beleidsmedewerker | Geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg

06 – [redacted]

Aanwezig op dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag

Memo

Aan
RvB

Van
Directie Regulering

Telefoonnummer
030 29 68

E-mailadres

Kenmerk

Onderwerp
Onderbouwing informatieverplichting NZa ggz/fz zorgprestatie­model

Datum
30 maart 2020

1. Inleiding

Per 2022 wordt een nieuw bekostigingsmodel in de ggz en fz ingevoerd, het zogenoemde zorgprestatie­model. Met de invoering van het zorgprestatie­model komt het huidige DIS in de ggz te vervallen. In de plaats van DIS wordt een nieuwe informatie­verplichting ingericht die de basis vormt voor het uitvoeren van een aantal wettelijke taken van de NZa. Deze informatie­verplichting valt uiteen in twee delen:

- De informatiestroom zorgprestatie­model: Deze informatiestroom kan worden gezien als de opvolger van het huidige DIS. Deze informatiestroom heeft een meer algemeen doel en voorziet in de informatie die nodig is voor het uitvoeren van onze wettelijke taken op het gebied van regulering, toezicht en handhaving en monitoring. Deze stroom bevat informatie op individueel patiëntniveau waarbij de BSN gepseudonimiseerd wordt meegeleverd.
- De informatiestroom zorgvraagtypering: Daarnaast wordt binnen de ggz en fz een informatiestroom opgezet voor een specifiek doel, zijnde het onderhouden en doorontwikkelen van het systeem van zorgvraagtypering. Om de privacy impact te minimaliseren wordt deze stroom losgekoppeld van de hierboven genoemde informatiestroom. Deze informatiestroom bevat gegevens op individueel patiëntniveau maar bevat geen identificeerbare patiëntkenmerken zoals de pseudoBSN.

In dit memo gaan wij in op de inrichting en onderbouwing van beide informatiestromen met het oog op de privacy impact.

2. Juridisch kader op grond waarvan de informatie wordt opgevraagd

De juridische grondslag op grond waarvan de NZa deze informatie uit zal vragen is een nadere regel op grond van artikel 62 Wmg in combinatie met de op artikel 65 Wmg gebaseerde regelgeving categorieën persoonsgegevens Wmg op grond waarvan de NZa identificerende, medische en strafrechtelijke persoonsgegevens van consumenten kan opvragen voor haar wettelijke taken. In dit memo is per informatie element een onderbouwing gegeven voor de noodzakelijkheid de proportionaliteit en subsidiariteit van de ontvangst van deze gegevens voor de NZa. Op grond van de nadere regel van de NZa is er daarmee ook een plicht voor de zorgaanbieder deze gegevens aan de NZa aan te leveren, dit is vanuit de AVG perspectief noodzakelijk voor de doorbreking van de privacy van de patiënt.

3. Informatiestroom zorgprestatie­model

In de tabel in bijlage I geven wij de informatie elementen die verplicht zijn om aan de NZa aan te leveren voor de informatiestroom zorgprestatie­model. Omdat deze informatiestroom een algemeen doel heeft gaan wij per element in op de noodzaak en geven we indien van toepassing eventuele bijzonderheden aan bij de risico's en de impact op de privacy van patiënten.

We hebben de informatie elementen onderverdeeld in de volgende hoofdcategorieën.

- Informatie elementen die nodig zijn voor het uitvoeren van de wettelijke taken van de NZa en die direct bij de zorgaanbieder worden uitgevraagd.
- Informatie elementen die nodig zijn voor het uitvoeren van de wettelijke taken van de NZa, maar die niet direct worden uitgevraagd via de voorliggende informatie­verplichting maar op patiëntniveau gekoppeld kunnen worden via het NZa unieke persoonsvolgende nummer (pseudo-BSN) waarin Zorg-TTP alle

- persoonsvolgende gegevens omzet kunnen wij DIS, Vektis, risicovereeningsdata en soms specifiek uitgevraagde datasets koppelen.
- Informatie elementen die technisch noodzakelijk zijn voor het kunnen uitvoeren van de informatieverplichting. De noodzaak volgt dus niet zozeer uit de inhoudelijke taken van de NZa maar uit het kunnen uitvoeren van de verplichting.

4. Informatiestroom Zorgvraagtypering

Naast een informatieverplichting die een brede doelstelling heeft willen wij een informatieverplichting inrichten met een specifiek doel, het onderhouden en doorontwikkelen van het systeem van zorgvraagtypering. Om tot een typering van de patiënt te komen wordt in de ggz de HONOS+ gescoord, die is ontwikkeld om de problematiek op verschillende leefgebieden in kaart te brengen. Leefgebieden zijn een inschatting van de gedragsproblematiek en de sociale problematiek van de patiënt.

Als input voor het basismodel voor zorgvraagtypering in de ggz worden de antwoorden op de 18 vragen aangeboden aan het typeringsinstrument dat een van de 20 zorgvraagtypes adviseert. Dit typeringsinstrument is ontwikkeld en gevalideerd in Engeland in opdracht van de NHS en vertaald de combinatie van ingevulde HONOS+ vragen naar het meest waarschijnlijk zorgtype. Ieder zorgtype kent een zorginhoudelijke omschrijving waarin naast de aard van de zorgvraag ook de zwaarte van de zorgvraag tot uitdrukking komt. De regiebehandelaar kiest vervolgens het meest passende zorgcluster en kan hierbij gemotiveerd afwijken van het geadviseerde zorgvraagtype. De regiebehandelaar maakt bij dit proces gebruik van de hiervoor opgestelde handleiding. In de fz wordt de patiënt gescoord op drie dimensies: recidive risico, ernst van het delict en responsiviteit. De score op deze dimensies leidt tot een zorgtype van 0 tot 7.

Het systeem van zorgvraagtypering geeft vorm aan een aantal relaties, namelijk de relatie tussen de zorgvraag (symptomatologie en klachten van de patiënt of recidiverisico, ernst van het delict en responsiviteit, gevat in scores in zorgvraagtypering), het zorgvraagtype en het zorggebruik.

Het systeem van zorgvraagtypering zal per 2022 worden geïntroduceerd waarna onderhoud plaats zal vinden. In het onderhoud onderscheiden we twee soorten, namelijk klein en groot onderhoud. Klein onderhoud vindt plaats om de relatie tussen zorgvraag en zorgvraagtype bij te werken en actueel te houden. In groot onderhoud wordt aangevuld met zorggebruik om te zorgen dat zorgvraagtypes voldoende homogeen en voldoende onderscheidend zijn. Hieronder worden klein en groot onderhoud verder uitgewerkt.

5. Klein onderhoud zorgvraagtypering

De link tussen zorgvraagtypering (de scores op de zorgvraagtyperingsitems) en verwachte zorgvraagtypes wordt gelegd door een algoritme. Voor de fz is dit algoritme deterministisch, klein onderhoud is daarom niet mogelijk. Voor de ggz geldt dat de behandelaar naast zorgvraagtypering klinisch inzicht heeft in de zorgvraag van de patiënt en het zorgvraagtype dat daarbij passend zou zijn. Daarom heeft de behandelaar keuzevrijheid in zorgvraagtypes. De behandelaar kan dus afwijken van de verwachting van het algoritme. Met klein onderhoud zou het algoritme aangescherpt kunnen worden waardoor het algoritme 'leert' van de keuzes van de behandelaren en daarmee beter zal aansluiten. De informatiestroom zorgvraagtypering zoals deze nu is voorgesteld zou voldoende moeten zijn om dit klein onderhoud uit te voeren.

6. Groot onderhoud zorgvraagtypering ggz

Op gebied van zorgvraagtypering ggz is de huidige verdeling van patiënten over zorgvraagtypes (en mogelijk subtypes) gebaseerd op een interactie tussen vergelijkbare ziektebeelden en een gradiënt van zorgzwaarte. Zoals hierboven beschreven zullen we initieel de Britse indeling volgen. We hebben nog geen gegevens uit de volledige ggz-sector, daarom is nog niet duidelijk of de 'grens' tussen de verschillende zorgvraagtypes op de juiste plaats ligt. Daarnaast is nog niet volledig duidelijk of de zorgvraagtypes voldoende onderscheidend zijn op het gebied van

zorggebruik. Tijdens groot onderhoud zullen we evalueren of de cluster-indeling goed past bij de situatie in de sector en wanneer nodig het algoritme en cluster-indeling bijschaven. Ook op de langere termijn gaan we uit van een 'lerend' model van zorgvraagtypering, waarvoor herdefinitie van zorgvraagtypes mogelijk moet zijn.

Tijdens groot onderhoud kunnen we indien nodig de brug tussen zorgvraagtypering en zorggebruik, het zorgvraagtype, opnieuw definiëren. Op die manier kunnen we ervoor zorgen dat de zorgvraagtypes bestaan uit groepen patiënten met een homogene zorgvraag en daaraan gelinkt homogeen zorggebruik. Voor dit grote onderhoud moet een koppeling gemaakt worden tussen de scores op zorgvraagtyperingsitems en daaropvolgend zorggebruik.

7. Groot onderhoud zorgvraagtypering fz

In de fz is een nieuw systeem ontwikkeld om te komen tot een zorgvraagtype. In dit zorgvraagtyperingsmodel wordt uitgegaan dat niet de patiënt, maar de maatschappij de voornaamste zorgvrager is. Het systeem is erop gericht de maatschappij te beschermen tegen recidive. De systematiek is ontstaan door enkele bestaande dimensies om een patiënt te scoren te combineren en gesommeerd toe te laten leiden tot een zorgvraagtype. Deze dimensies zijn afzonderlijk wetenschappelijk onderbouwd en lijken op een logische manier samengesteld om in kaart te brengen of de maatschappij door middel van zorg in bescherming moet worden genomen.

Zorgvraagtypering fz is echter nog niet in de praktijk toegepast als zorgvraagtyperingsmodel. Het is daarom niet duidelijk of de zorgvraagtypes fz homogeen en onderscheidend zijn. We kunnen hierin meer inzicht krijgen door de drie zorgvraagdimensies uit te vragen en te koppelen aan het zorggebruik. Op deze manier wordt duidelijk of de juiste set aan zorgvraagtypes wordt gehanteerd, en of de lineaire combinatie van zorgvraagdimensies terecht is gekozen, of dat meer verfijnde toeleiding nodig is. Voor zorggebruik fz gelden dezelfde afwegingen als voor zorggebruik ggz.

8. Afwegingen bij de richting van de informatiestroom voor zorgvraagtypering

De scores op HoNOS+-items en afzonderlijke fz-zorgvraagdimensies zijn zeer privacygevoelig, ze bevatten relatief gedetailleerde gegevens over bijvoorbeeld gepleegd delict, herhaaldelijke zelfverwonding of waanvoorstellingen. In isolatie zijn de scores niet herleidbaar op de persoon, maar dat kan veranderen wanneer de gegevens ook gedetailleerde informatie bevatten over zorggebruik. Door koppelingen met andere databronnen waarin zorggebruik is vastgelegd kan mogelijk voor (een deel van) patiënten herleidbaar worden welke zorgvraagsscores op hen betrekking hebben.

Bij het opzetten van de informatiestromen voor zorgvraagtypering moet conform AVG goed worden gekeken hoe dit risico zo klein mogelijk kan worden gemaakt. De informatiestroom die in het onderhoud van het systeem voor zorgvraagtypering voorziet wordt daarom vormgegeven als een aparte informatiestroom die naast de informatiestroom zorgprestatie-model wordt ingericht. De informatiestroom zorgvraagtypering bevat geen patiënt identificerende kenmerken waarmee op individueel patientniveau worden gekoppeld met andere data in het bezit van de NZa.

Wel bestaat het risico dat als gegevens gekoppeld kunnen worden op basis van unieke combinaties van gegevens die zowel in de dataset zorgprestatie-model als de dataset zorgvraagtypering voorkomen. Door ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk unieke datapunten bestaan wordt de mogelijkheid tot koppelen zo klein mogelijk gemaakt. Bij het inrichten van de datastroom hebben wij verschillende maatregelen genomen om dit risico te beperken. In de volgende paragraaf werken we dit uit per informatie element dat wordt uitgevraagd.

9. Inrichting informatie elementen zorgvraagtypering

Zorgvraagtypering is voornamelijk een methode om in kaart te brengen welk zorggebruik verwacht kan worden wanneer een patiënt met een zorgvraag bij een behandelaar komt. Er moet een afweging gemaakt worden tussen de anonimiteit in de

dataset en het detailniveau waarop zorggebruik in kaart kan worden gebracht. Hieronder doen we deze afwegingen.

Setting: De allereerste splitsing van zorggebruik is te maken over de settingen-as. Verwacht mag worden dat patiënten met een ernstiger zorgvraag behandeld worden in een zwaardere setting en met een hogere zorginzet dan patiënten met een lichtere zorgvraag. We verwachten daarnaast dat bepaalde zorgvraagtypes exclusief in bepaalde settingen voorkomen. Wanneer bijvoorbeeld deze zorgvraagtypes ook in andere settingen blijken voor te komen moeten we onderzoeken of het zorgvraagtype een homogene groep betreft, of dat er verfijning moet worden aangebracht in de zorgvraagtypering. We menen daarom dat setting een essentiële eigenschap is die mee moet worden genomen in deze dataset.

Beroepscategorie: Er bestaan duidelijke verschillen tussen zorgvraagtypes van de beroepen die worden ingezet tijdens de behandeling. Daarnaast zijn er duidelijke verschillen tussen beroepscategorieën in de rollen tijdens de behandeling en kunnen er grote kostenverschillen zijn tussen de beroepen. We zien beroepscategorie ook als noodzakelijk data-element.

Consulttype: In de declaratie-datastroom worden zowel zorgvraagtype als consulttype aangeleverd. We denken dat deze datastroom in onze informatiebehoefte voorziet. Vooral omdat we niet verwachten dat de zorgvraagtype-indeling bijgewerkt zal moeten worden aan de hand van de verdeling over de consulttypes. Wij denken dus dat consulttype geen noodzakelijk onderdeel is van de anonieme datastroom en kan worden losgelaten.

Minutenrange: Precieze informatie met betrekking tot aantallen verdeeld over de consultduren heeft het grootste risico op herleidbaarheid. Wanneer meer dan enkele consulten zorg wordt geleverd is de combinatie relatief snel uniek en dus herleidbaar. Daarnaast verwachten we dat een flink deel van de variatie van consultduren met de voorkeur van de aanbieder en behandelaar te maken heeft en vaak minder met de zorgvraag van de patiënt. Daarom schatten we in dat we toe kunnen met een aggregatie over de minutenranges. Hierbij kunnen twee routes gekozen worden, namelijk 15-minuten-equivalenten of zorgkosten. Zorgkosten zijn eerder herleidbaar, omdat deze kunnen verschillen tussen de tijdranges. Daarnaast is het rekenkundig eenvoudig om naderhand een benadering van zorgkosten te doen aan de hand van 15-minuten-equivalenten. We denken daarom dat aggregatie tot 15-minuten-equivalenten de meest nette methode is.

Verzorgingsgraad: Een analyse op declaratiedata uit 2018 en 2019 blijkt dat ongeveer 30% van de 'datapunten' (patiënten) een unieke combinatie verblijfsdagen heeft van aantallen per verzorgingsgraad per aanbieder per maand. Hierdoor is het beleidsmatig niet nuttig om de koppeling op te zetten, te veel informatie gaat verloren. We denken dat koppelbaarheid niet ernstig is als er geen doel is voor het koppelen. Eventueel kunnen we ervoor kiezen verschillende verzorgingsgraden samen te voegen, bijvoorbeeld A&B, C&D, E&F, G en H om de uniekheid van de datapunten te verlagen.

Beveiligingsniveau: Analyses van kostprijzen laten zien dat beveiligingsniveaus 1-3 in de kosten niet veel van elkaar verschillen en dat deze groep wel anders is dan beveiligingsniveau 4. Daarom is ons voorstel de aantallen verblijfsdagen te aggregeren per beveiligingsniveau 'laag' (1-3) en 'hoog' (4).

Aggregatie-periode: Benodigde zorg kan worden op- en afgeschaald op tijdschalen van uren tot maanden, om deze te kunnen volgen is een korte periode voor aggregeren nodig. Daarnaast hebben we hierboven beschreven dat langere periodes voor lagere herleidbaarheid zorgen. We denken daarom dat een goed evenwicht tussen het monitoren van op- en afschalen en niet-herleidbaarheid gevonden kan worden bij een aggregatie per maand.

Verrichtingen: Verrichtingen zijn niet goed te blinderen. Het gaat om kleine volumes, waardoor herleidbaarheid vrij snel mogelijk is, maar slechts voor een klein deel van de

patiënten geldt. Daarentegen is inzicht in bijvoorbeeld ECT-inzet voor de verschillende zorgvragen nuttig voor groot en klein onderhoud. Verschillende zorginhoudelijke experts hebben namelijk aangegeven dat zij de inzet van ECT sterk onderscheid kan maken van bepaalde patiëntengroepen. We stellen daarom voor de verrichtingen als aantal per maand mee te nemen in de

Bijlage I. Onderbouwing noodzaak informatiestroom zorgprestatie-model

Nr.	Informatie element	Omschrijving	Onderbouwing	Bijzonderheden mbt impact, risico's en eventuele beheersmaatregelen
	Gegevens zorgaanbieder			
1	AGB-code zorgaanbieder	Unieke identificatiecode van de indiener van de declaratie bij de zorgverzekeraar. Op regelniveau wordt hiermee duidelijk welke aanbieder de in rekening gebrachte zorg heeft geleverd.	Noodzakelijk voor meerdere redenen. - Nodig om meldingen te kunnen duiden die wijzen op een overtreding van o.a. artikel 35 en 36 wmg. Vaak hebben de meldingen die gedaan worden bij de NZa betrekking op een zorgaanbieder en is declarerende instelling om die reden van groot belang. - Noodzakelijk voor het in beeld brengen van het zorgaanbod en voor onderzoeken naar o.a. toegankelijkheid van zorg, concentratie van zorg en invloed van contracten op zorggebruik. - Noodzakelijk voor analyses in monitors en deze informatie wordt gevraagd o.a. bij fusieanalyses, in Juiste Zorg op de Juiste Plaats, praktijkvariatieonderzoek, acute zorg (relatie ggz met msz) en doelmatigheidsonderzoek. Eigenlijk alle analyses waarin je productie toeschrijft aan een instelling, instellingen telt en/of instellingen vergelijkt.	De impact op de privacy is relatief beperkt, aangezien reeds bekend is dat de patiënt zorg ontvangt in het ggz domein
2	Naam zorgaanbieder	Naam waarmee de zorgaanbieder geregistreerd staat in vektis en waaraan de AGB code gekoppeld is	Zie 1	
	Gegevens Patiënt			
3	pseudo BSN (ggz en fz)	Het burgerservicenummer van de patiënt. (Gepseudoniseerd BSN van de patiënt, hiermee kan de prestatie gekoppeld worden aan verzekerde-kenmerken.)	Door middel van de pseudo BSN kan ggz data gekoppeld worden met declaratiedata van andere sectoren. Deze koppeling is om meerdere redenen noodzakelijk: - Het beleid van de NZa stelt de patiënt centraal. Het gaat dus niet alleen om de regulering van een sector. De zorgvraag van de patiënt overstijgt, zeker in de ggz, vaak de grens van een sector. De POH-GGZ, geneeskundige GGZ en langdurige ggz in de wlv vormen een keten. De behandeling van psychiatrische ziektebeelden vindt tevens regelmatig in verschillende sectoren plaats (ggz, msz, farmacie) Daarnaast worden psychiatrische ziektebeelden niet alleen behandeld in de GGZ, maar ook in de msz, farmacie. Om de zorg uit verschillende sectoren goed op elkaar te kunnen aansluiten is deze koppeling noodzakelijk. - Inzicht in het totale zorggebruik van een patiënt is noodzakelijk aangezien zorgvragen in de ene sector van invloed zijn op zorggebruik in andere sectoren. Het vermoeden bestaat dat zorgverlening niet altijd optimaal verloopt en patiënten beter geholpen moeten worden in de keten. GGZ –zorggebruik is een belangrijke variabele om de totale zorgkosten te verklaren. Zo zien we dat patiënten met GGZ-zorg meer dan gemiddeld zorg krijgen uit andere domeinen: het eigen risico gaat geheel op aan andere zorg. Daarnaast zien we dat bijvoorbeeld patiënten met verward gedrag op de SEH bovengemiddeld veel aandacht vragen. De vraag is of deze mensen ook worden opgevangen in de GGZ. In een aantal experimenten wordt specifiek op deze groep ingezoomd om de zorg te verbeteren. - In het kader van toezicht op artikel 35 en 36 wmg wordt de pseudobsn gebruikt om te controleren of er sprake is van dubbele declaraties, wat zonder 'persoons-id' niet mogelijk zou zijn.	Via het NZa unieke persoonsvolgende nummer (pseudo-BSN) waarin Zorg-TTP alle persoonsvolgende gegevens omzet kunnen wij DIS, Vektis, risicovereveningsdata en soms specifiek uitgevraagde datasets koppelen. Voor iedere koppeling is het nodig om een PIA voor te leggen aan de fg, waaruit de noodzaak en proportionaliteit blijkt.
4	Zorgtrajectnummer (ggz en fz)	Unieke identificatie van het zorgtraject.	Noodzakelijk voor het analyseren van het verband tussen verschillende zorgactiviteiten in de ggz bij dezelfde zorgvraag. Dit is onder andere nodig voor het onderhoud van het systeem voor zorgvraagtypering waarin de	Het risico voor de privacy is beperkt, aangezien het geen persoonsgegevens

		Dit nummer geeft het verband weer tussen verschillende zorgactiviteiten in de ggz bij dezelfde zorgvraag	relatie moet worden onderzocht tussen het zorgvraagtype van de patiënt en alle zorg die in het kader van deze specifieke zorgvraag wordt geleverd. In het kader van onderzoek naar onjuiste declaraties ihkv toezicht op artikel 35 en 36, wordt deze variabele gebruikt om zorgaanbieders een verklaring te vragen voor specifieke vreemde declaraties zonder dat er gebruik gemaakt hoeft te worden van bsn-nummers.	betreft. Wel is het zorgtrajectnummer ook een attribuut dat de data in het zorginformatiesysteem en de disdatabase koppelbaar zou kunnen maken. Hiervoor dient iemand wel in staat te zijn om beide systemen te benaderen (ook voor patientidentificatienummer en referentienummer).
5	UZOVl-code (ggz en fz)	Unieke Zorgverzekeraarsidentificatie-code waarmee zorgverzekeraars geïdentificeerd kunnen worden.	Een zorgaanbieder gebruikt deze code om declaraties op de juiste manier en bij de juiste verzekeraar in te dienen. Inzage in deze code is noodzakelijk om zicht te hebben op het zorggebruik binnen de ggz binnen verschillende zorgverzekeraars en hiermee te bepalen of er sprake is van marktverstoring. Noodzakelijk voor sommige analyses, waarbij de rol van de verzekeraar (zorgplicht) wordt onderzocht.	De impact is beperkt aangezien het geen persoonsgegevens betreft, maar een uniforme code van een zorgverzekeraar.
6	Strafrechtsketennummer (fz)	Het strafrechtsketennummer (SKN) is een persoonsnummer dat gekoppeld is aan verdachten en veroordeelden welk nummer uniek wordt gerelateerd aan een bepaalde persoon en dient als identificatie	Het SKN wordt in de fz gebruikt als equivalent van de bsn, om patiënten over de tijd te kunnen volgen en zodoende de patiëntreis in kaart te brengen. Zie ook 3.	
	Gegevens behandeling			
7	AGB-code regiebehandelaar	Unieke identificatiecode van de zorgverlener (natuurlijk persoon of instelling) die regiebehandelaar is	Noodzakelijk voor aanbiedersidentificatie. Deze code geeft aan wie de zorg heeft verleend. Daarmee is ook inzichtelijk vanuit welke expertise de behandeling wordt ingezet. De kwaliteitsstandaarden geven aan welke zorgverleners de zorg voor deze patientengroep zou moeten geven. Als die standaarden er nog niet zijn dan kan praktijkvariatie onderzoek laten zien hoe sterk behandelingen variëren en wat het effect is op bijv. behandelduur. - noodzakelijk vanuit zorginhoudelijke overwegingen en het vergelijken van verschillende vormen van organisatie van zorg. - Bij meldingen die wijzen op een overtreding van artikel 35 en 36 wmg, waar gemeld wordt over specifieke behandelingen is dit nodig om het risico te duiden.	
8	AGB-code verwijzer	Unieke identificatiecode van de verwijzende zorgaanbieder (natuurlijk persoon) Verplicht bij verwijstype 01 t/m 04 (regel 26)	Noodzakelijk voor het in kaart brengen van de gehele zorgketen: met name in acute zorg. Daarnaast stellen de op de wmg gebaseerde regels onder meer eisen aan de verwijzer. Voor toezicht op deze regels is deze informatie daarom noodzakelijk.	

	Gegevens zorgvraag ggz			
9	DSM-hoofdgroep (ggz en fz)	Hoofdgroep van de gestelde diagnose volgens DSM-V van de patiënt voor dit zorgtraject	- Noodzakelijk ihkv toezicht op artikel 35 en 36 wmg, o.a. omdat deze variabele nodig is bij het inschatten van het risico dat onverzekerde zorg als verzekerde zorg wordt gedeclareerd en om benchmarks tussen instellingen te maken. - De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de risico verevening en specifieke diagnoses zijn een factor die meegenomen wordt in het bepalen van de hoogte van de vereveningsbijdrage. - Nodig om meldingen te kunnen duiden die wijzen op een overtreding van - Toezicht op artikel 35 en 36 wmg. Naast dat de diagnoses iets zeggen over de zorgzwaarte beïnvloedt en zo afwijkend declaratiegedrag kan verklaren, kunnen we meldingen die vaak gaan over specifieke diagnoses beter duiden (omvang, risico). - Beleid wordt gevoerd op groepen patiënten met een bepaalde zorgvraag. In de GGZ zijn de beleidsvraagstukken zeer divers en vragen vaak om een complex aan maatregelen. De afbakening van die patiëntgroepen komt soms heel nauw. Een belangrijk vraagstuk is wat maatschappelijk bekostigd zou moeten worden en welke patiënten op welke zorg zijn aangewezen. Vanuit de zorgplicht kijken we of voldoende zorg is ingekocht (per diagnosegroep). Tenslotte modelleren we de bekostiging steeds meer vanuit patiëntperspectief. De zorgvraag staat centraal. De DSM hoofdgroep is een typering van de zorgvraag. Bij al die type vragen is het noodzakelijk om de patiëntengroep zorgvuldig af te bakenen. Dit doen wij op basis van patientkenmerken die de groep zo goed mogelijk omschrijven. Vaak maakt de diagnose hier onderdeel van uit.	
10	Gb-ggz profiel.	Functie van het gb-ggz profiel komt overeen met de DSM hoofdgroep alleen dan voor het gb-ggz domein. Het patiëntprofiel is gebaseerd op vijf criteria: DSM- diagnose, ernst problematiek, risico, complexiteit en verloop van klachten.	Argumentatie komt overeen met DSM hoofdgroep	
11	Zorgvraagtypecode ggz of fz	Code waarmee het gekozen zorgvraagtype wordt weergegeven. Deze zorgvraagtypecode is gebaseerd op de zorgvraag van de patiënt en geeft de zorgzwaarte weer. Het zorgvraagtype is bepaald door de combinatie van een model voor zorgvraagtypering en de keuze van de (indicerend)	De zorgvraagtyperingscode is de beoogde opvolger van DSM hoofdgroep als zorgvraagtyperingsinstrument. De NZa heeft met alle veldpartijen een bestuurlijk afspraak gemaakt om gedurende een transitieperiode van twee jaar zowel de DSM diagnosehoofdgroep als de nieuwe zorgvraagtyperingscode te vermelden. De onderbouwing van de afspraak en de noodzaak van een transitieperiode wordt ter toets aan de Autoriteit Persoonsgegevens voorgelegd. Beleid wordt gevoerd op groepen patiënten met een bepaalde zorgvraag. In de GGZ zijn de beleidsvraagstukken zeer divers en vragen vaak om een complex aan maatregelen. De afbakening van die patiëntgroepen komt soms heel nauw. Een belangrijk vraagstuk is wat maatschappelijk bekostigd zou moeten worden en welke patiënten op welke zorg zijn aangewezen. Vanuit de zorgplicht kijken we of voldoende zorg is ingekocht (per zorgvraagtype). Tenslotte modelleren we de bekostiging steeds meer vanuit patiëntperspectief. De zorgvraag staat centraal. Daarnaast voorspelt de zwaarte van de zorgvraag de	De impact op de privacy is aan de item is aanzienlijk omdat het inzicht geeft in de zwaarte van de zorgvraag van de patiënt. De zorgvraagtypering is echter de beoogde opvolger van de DSM diagnosehoofdgroep. In onze boordeling scoort de nieuwe zorgvraagtypering beter op de proportionaliteitscriterium dan de huidige DSM hoofdgroep omdat het meer is geënt op de zwaarte en minder op de aard (diagnose) van de

		regiebehandelaar. Het gaat om zowel het geadviseerde als het gekozen zorgtype	behandelkosten. De zorgvraagtype code is noodzakelijk om de voorspelling van behandelkosten te toetsen aan de werkelijke behandelkosten.	zorgvraag. Het bovendien een veel effectiever instrument in het behalen van de beoogde doelen van zorgvraagtypering dan de DSM hoofdgroep. Net als de DSM diagnosehoofdgroep kan de patiënt middels een privacyverklaring laten weten dat deze gegevens niet aan de NZa mogen worden.	
12	Model voor zorgvraagtypering	Geeft aan welk model voor zorgvraagtypering wordt gehanteerd	Noodzakelijk voor onderhoud zorgvraagtyperingsmodel om na te gaan of de verschillende typeringsinstrumenten tot eenzelfde uitkomst leiden.		
13	Privacyverklaring actief	Melding uit het EPD dat een patiënt geen toestemming geeft om bijzondere persoonsgegevens te delen met derden (anderen dan behandelaar)	Noodzakelijk om te weten welke persoonsgegevens van de patiënt aangeleverd mogen worden en om te beoordelen of de ingevulde privacyverklaring de reden is van het ontbreken van bepaalde informatie elementen.		
	Gegevens prestatie				
14	Prestatiecode	Code die hoort bij de prestatie	Noodzakelijk om meldingen te kunnen duiden die wijzen op een overtreding van o.a. artikel 35 en 36 wmg. Vaak hebben de meldingen die gedaan worden bij de NZa betrekking op een bepaalde prestatiecode en declaratiecode.		
15	Uitvoeringsdatum	Datum waarop de prestatie is gestart.	Noodzakelijk om toe te zien op de doelmatigheid van zorg. Met deze variabele is te zien welke zorg er op welke dag geleverd is, waarmee dubbele registraties en minimale zorgverlening binnen een zorgtraject (mogelijk upcoding) te identificeren. Daarnaast kunnen afwijkende patronen in het declaratie gedrag worden geanalyseerd. Noodzakelijk om patientreis in beeld te brengen (is startpunt analyses).		
16	Gedeclareerd tarief (per prestatie)	Het tarief dat gedeclareerd is voor de geleverde prestatie in eurocenten.	- Noodzakelijk voor inzicht in afgesproken prijzen en gebruik van max-max-tarieven - Noodzakelijk om het belang van een melding mogelijke overtreding artikel 35/36 wmg (bijvoorbeeld afwijking van wmg-tarief) in te kunnen schatten en daarmee te prioriteren in onze werkzaamheden. - Deze zijn noodzakelijk om kosten van patiënt reizen in beeld te brengen.		
17	AGB-code zorgverlener die de prestatie heeft geleverd	Unieke identificatiecode van de zorgverlener (natuurlijk persoon of instelling) die de prestatie heeft geleverd	Het tarief van een prestatie wordt mede bepaald door de BIG registratie van de zorgverlener. De AGB-code geeft informatie over de BIG registratie van de zorgverlener. Hiermee kan gecontroleerd worden of het juiste tarief is gedeclareerd bij de zorgverlener die de prestatie heeft geleverd		

18	Beroep zorgverlener die de prestatie heeft geleverd	Nadere verbijzondering van de zorgverlener per ggz-beroepsgroep.	Beroep is naast de AGB code nodig indien het beroep dat de prestatie heeft geleverd geen AGB code heeft. Dit element wordt ook alleen in die situatie uitgevraagd en aangeleverd.	
19	Zorglabel	Generiek informatieveld die informatie weergeeft die nodig is om de controle op rechtmatigheid te kunnen uitvoeren		

Elementen beschikbaar via koppeling pseudo bsn

22	Postcode 4	4 cijferige postcode van het woonadres van de verzekerde	- Noodzakelijk ihkv taak NZa toezicht op toegankelijkheid zorg. Denk hierbij aan handhavingsverzoeken mbt overtreding zorgplicht noodzakelijk voor sommige analyses (via koppeling met vektis verzekerdenbestand): oa reistijden onderzoek/ toegankelijkheid; praktijkvariatie; en correcties voor wijkgerelateerde sociale verschillen. - PC4 is nodig om regio's te kunnen vergelijken. Niet alle praktijkvariatie analyses maken gebruik van PC4, vaak kan dit ook al op PC2. Maar PC4 is wel nodig voor bijv. concurrentie-analyses.	De gevoeligheid van de NAW-gegevens zelf is klein, maar in combinatie met andere gegevens kan die groot zijn. Het belangrijkste risico van NAW gegevens is dat ze de herleidbaarheid naar individuele personen vergroten. Als je ziet dat het om een man van 35 gaat in de buurt 3721 dan is het risico op ontsluiting natuurlijk groter dan als je weet dat het om iemand in Nederland gaat. Hoe meer zorggegevens erbij komen hoe groter de kans wordt dat iemand de persoon kan herkennen op basis van de reeks. Wij hebben daarom gekozen om de NAW gegevens niet uit te vragen bij de ggz zorgaanbieder zodat deze gegevens niet in deze gegevens aanwezig zullen zijn. Wel kunnen de NWA gegevens via koppeling met het Vektis verzekerden bestand worden verkregen. Dit zorgt echter wel voor een drempel en de noodzaak hiervan zal bij iedere PIA onderbouwd moeten worden.
----	------------	--	---	--

23	Geslacht	Geslacht van de patiënt	In alle voorspellingen over zorggebruik en in alle analyses van verschillen in zorggebruik tussen regio's corrigeren we voor leeftijd en geslacht. Geslacht (in combinatie met leeftijd) is een belangrijke voorspellende variabele voor zorggebruik en is bij vergelijkingen tussen regio's of aanbieders altijd van belang als correctievariabele.	Zie toelichting Postcode 4, geslacht is een mogelijk gevoelig persoonskenmerk dan PC met het oog op de discussie rond een niet binaire gender indeling
24	Geboortjaar	Geboortjaar van de patiënt/verzekerde	- In alle voorspellingen over zorggebruik en in alle analyses van verschillen in zorggebruik tussen regio's corrigeren we voor leeftijd en geslacht. - Ihkv de taak van de NZa om toe te zien dat er geen risico-selectie plaatsvindt bij de zorgverzekeraar. - De NZa houdt toezicht op de uitvoering van de risico verevening en leeftijd is een factor die meegenomen wordt in het bepalen van de hoogte van de vereveningsbijdrage: leeftijdsklasse die verschillen per zorgsoort. Bij bijvoorbeeld mondzorg en fysio volwassenen/jeugd, bij GGZ en MSZ weer meerdere klassen. - Ihkv de taak van de NZa om toe te zien op doelmatige zorg. Om een oordeel te geven over - doelmatigheid is het noodzakelijk om te weten of een zorginstelling een bovenregionale rol heeft; dit kan namelijk een zwaardere zorgvraag verklaren en daarmee hogere kosten.	Zie toelichting Postcode 4
25	Overig zorggebruik zvw en wlz breed	Door middel van koppeling kan informatie worden gekoppeld over: - Welke zorg is geleverd: - - - Type zorggebruik: behandeling, type medicijn - Hoe de zorg is geleverd: Behandeling: ambulante, intramuraal - Waar de zorg is geleverd: Naam instelling (ggz, msz) ; geen eerstelijns - Diagnose (msz en ggz) of indicatie (farmacie)	Noodzakelijkheid is beschreven onder Pseudo-bsn	
Informatie elementen die technisch noodzakelijk zijn voor het kunnen uitvoeren van de informatieverplichting				
26	patientidentificatie nummer en referentienummer	Het patient-ID is een uniek nummer per patiënt voor de zorgaanbieder. Dit is wat anders dan het pseudo BSN Want in dat geval heeft de zorgaanbieder een bsn en de NZa een andere tekenreeks.	Deze twee gegevens zijn nodig om met de zorgaanbieder te kunnen communiceren over de resultaten van de verwerking van hun bestand. Er moeten in het bestand mogelijkheden zijn om precies aan te kunnen wijzen waar eventuele fouten of successen zitten. Door de pseudonimisatie is de oorspronkelijke volgorde niet geborgd. Daarnaast zal dit ook vervallen in tijdens de verwerking. Dus het is niet mogelijk om te zeggen: "van de vierde patiënt bevat de derde prestatie een ongeldige datum". Hier is een identifier voor beide partijen voor nodig. Er is een gerichte melding nodig: "prestatie 123456 van patiënt X bevat een ongeldige datum". Zonder een gemeenschappelijk attribuut waaraan een patiënt en prestatie herkent kan worden, is het onmogelijk om een zinvolle terugkoppeling te geven aan de aanleverende partij. Dit zal uiteindelijk	

			leiden tot zeer veel frustraties aan beide zijden. De aanleveraar snapt niet wat er niet goed is en wij krijgen geen goede data om te verwerken.	
--	--	--	--	--

Informatiekaart Privacy Zorgprestatiemodel



Update 19 augustus 2022

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Welke gegevens de NZa verwerkt en van wie	4
2.1	Zorgdeclaraties	7
2.1.1	Zorgprestatiemodel	8
2.2	Zorgvraagtyperingsdata	8
2.2.1	Zorgvraagtypering	9
3	Waarom de NZa deze gegevens verwerkt	10
3.1	Proportionaliteit zorgvraagtypering	11
3.2	Subsidiariteit zorgvraagtypering	12
3.3	Privacyverklaring	13
4	De grondslag van de NZa om de gegevens te verwerken	14
4.1.1	Rechten van betrokkenen	15

1 Inleiding

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft als toezichthouder de taak om goedwerkende zorgmarkten te maken en te bewaken. Dat houdt onder meer in dat wij regels maken als dat nodig is, tarieven en prestaties vaststellen en toezichthouden op zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Deze taken en bevoegdheden van de NZa volgen uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Regeling categorieën persoonsgegevens Wmg somt per taak op welke persoonsgegevens daartoe door de NZa verwerkt mogen worden.

Uit hoofde van haar taken heeft de NZa met twaalf andere (zorg)partijen een ander bekostigingssysteem voor geestelijke gezondheidszorg (ggz) en forensische zorg (fz) vastgesteld: het Zorgprestatiemodel¹. Dat betekent in de kern dat zorgaanbieders op een andere manier zorg in rekening brengen bij zorgverzekeraars. Het belangrijkste voordeel van het Zorgprestatiemodel t.o.v. het oude model is dat passende zorg beter wordt beloond, omdat bij de beloning van de zorgaanbieder voor de geleverde zorg rekening wordt gehouden met de zorgvraag- en behoefte van de patiënt (de zogenaamde 'zorgvraagtypering'; het Zorgprestatiemodel kent 20 zorgvraagtypen oplopend van lichte zorg tot zware, complexe zorg²). Met name zorgaanbieders die patiënten met een complexere zorgvraag en dus hoger zorgvraagtype behandelen, worden door het Zorgprestatiemodel daarvoor passender beloond. De verwachting is dat op die manier het aanbod van zorg voor patiënten met complexe problemen wordt gestimuleerd, waardoor hun wachttijd korter wordt.

Om het Zorgprestatiemodel te onderhouden en door te ontwikkelen worden door de Nederlandse Zorgautoriteit gegevens over de gezondheid van ggz- en fz patiënten verwerkt. In bijgaand document lichten we dat nader toe.

De NZa is marktmeester voor onder andere de ggz en fz en heeft de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat er een bekostiging-systeem is in de ggz en fz waarmee gepaste zorg kan worden ingekocht conform het advies Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nú. Data is nodig om te weten hoe de zorgmarkt zich ontwikkelt, waar aanpassingen nodig zijn en hoe de NZa eventueel kan acteren.

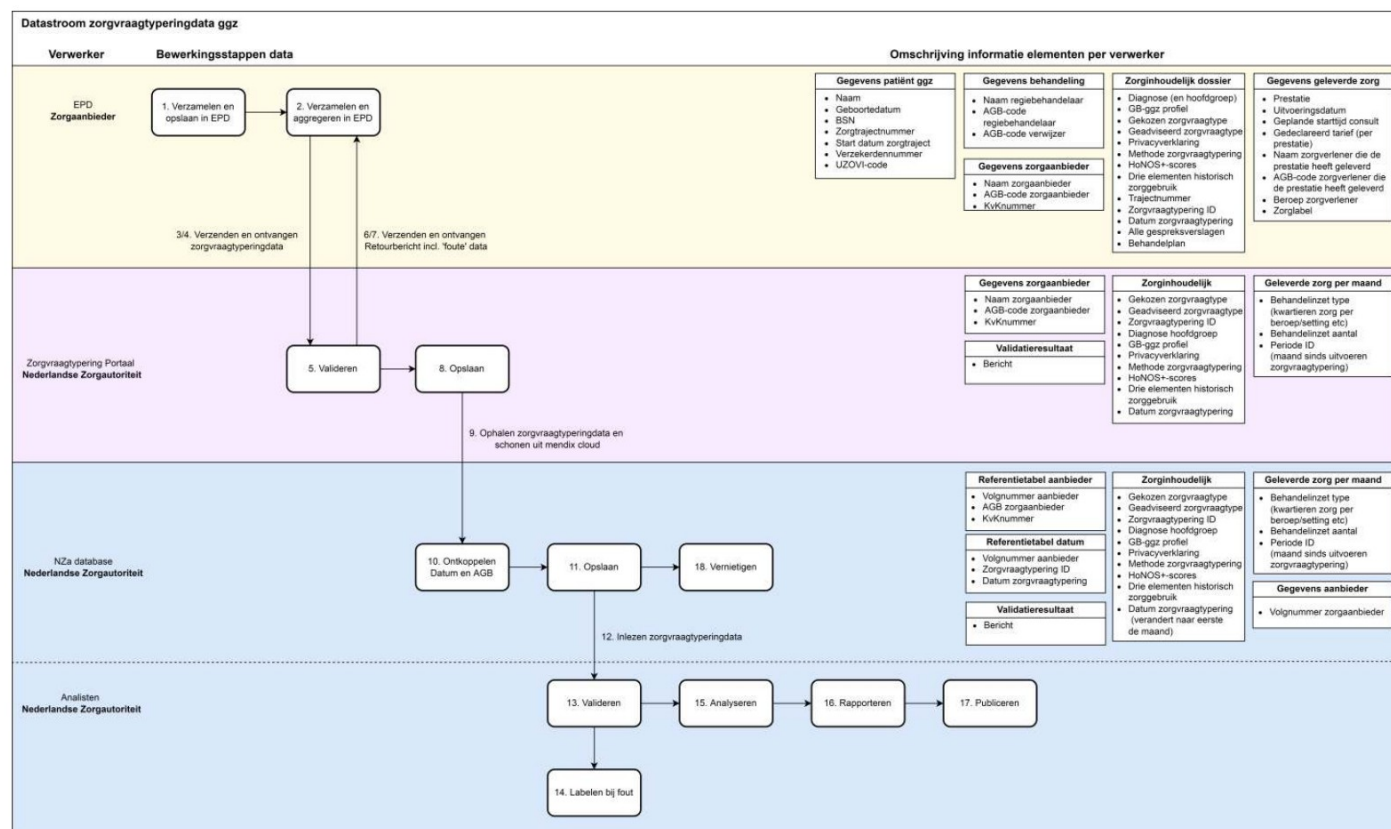
¹ Meer informatie over het Zorgprestatiemodel vind je hier: [Landelijk programma - Zorgprestatiemodel](#).

² Zie voor meer informatie: [20220629-Beschrijving-Zorgvraagtypen-ggz.pdf \(zorgprestatiemodel.nl\)](#).

2 Welke gegevens de NZa verwerkt en van wie

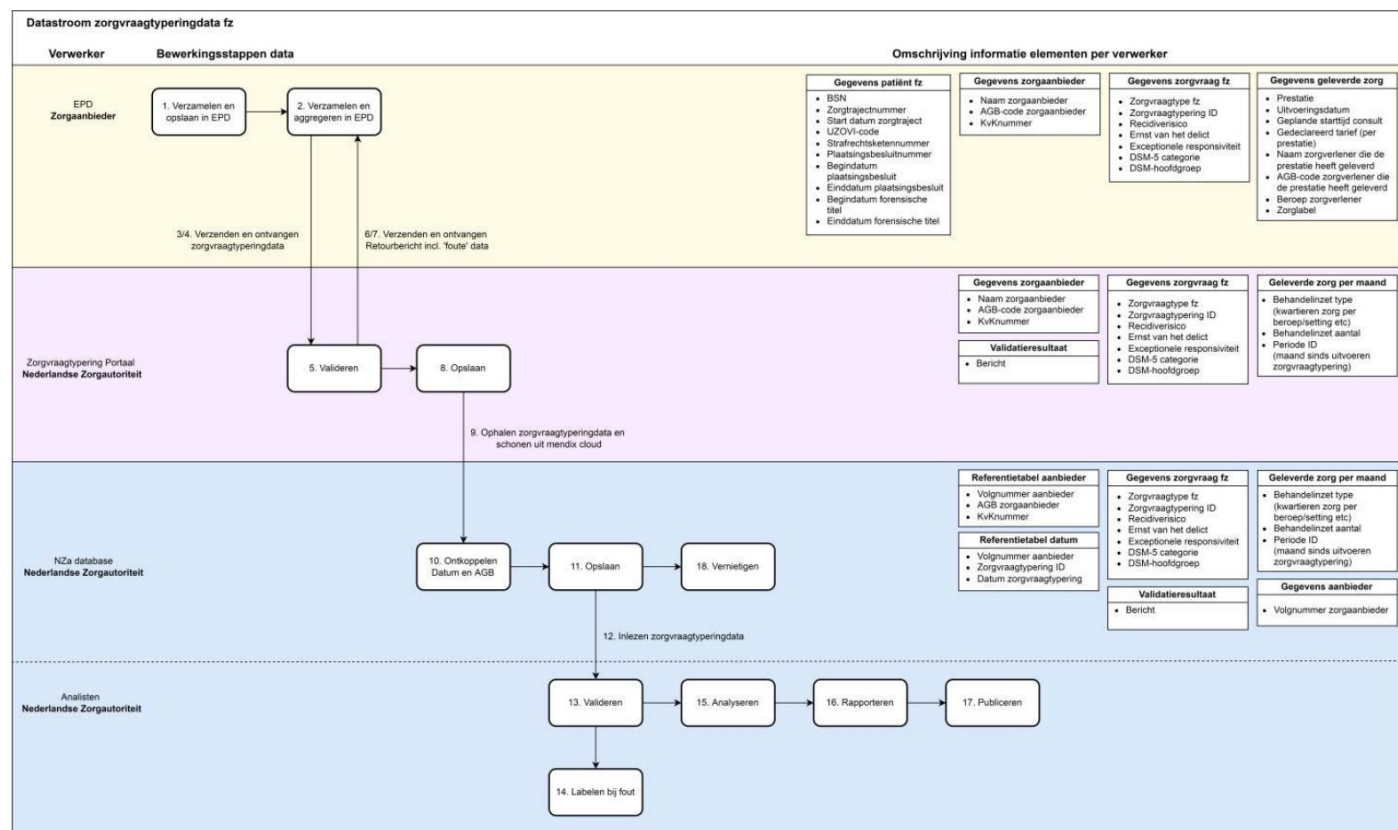
Om het Zorgprestatie­model in te kunnen voeren en te onderhouden, heeft de NZa regels opgelegd aan zorgaanbieders. Deze regels volgen uit de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg – NR/REG-2214d³. Daarin staat welke gegevens van ggz- en fz patiënten de aanbieders in de eigen administratie moeten registreren, welke gegevens op de declaratie staan en aldus worden gedeeld met de zorgverzekeraar, welke van die declaratiegegevens Vektis (ggz) en de Dienst Justitiële Instellingen (DJI; fz) delen met de NZa en welke gegevens over de zorgvraagtypen aanbieders zelf aan de NZa dienen te verstrekken. Deze gegevensstromen zijn schematisch weergegeven in onderstaande figuren.

Datastroom zorgvraagtypering ggz

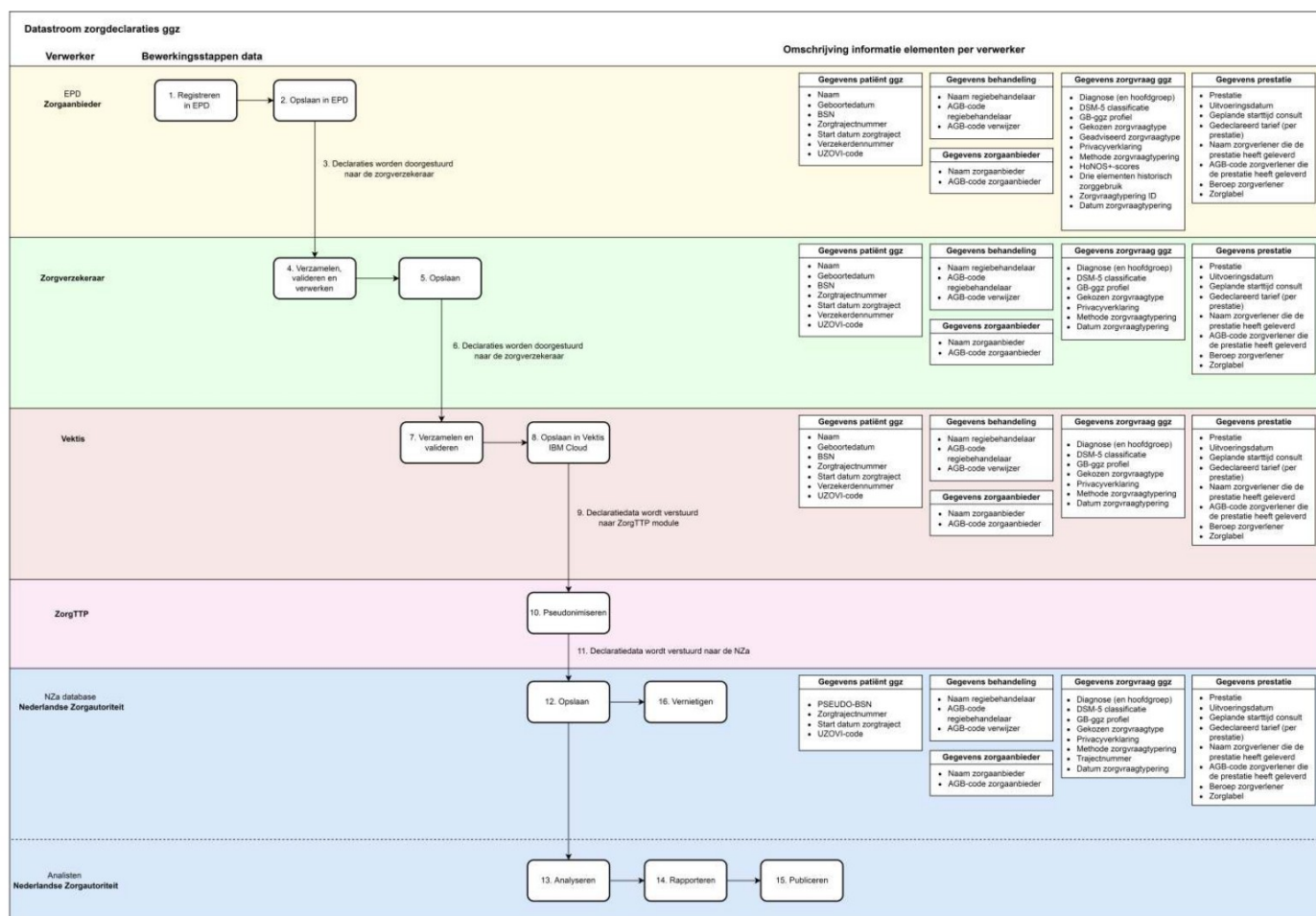


³ Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg - NR/REG-2214d - Nederlandse Zorgautoriteit (overheid.nl).

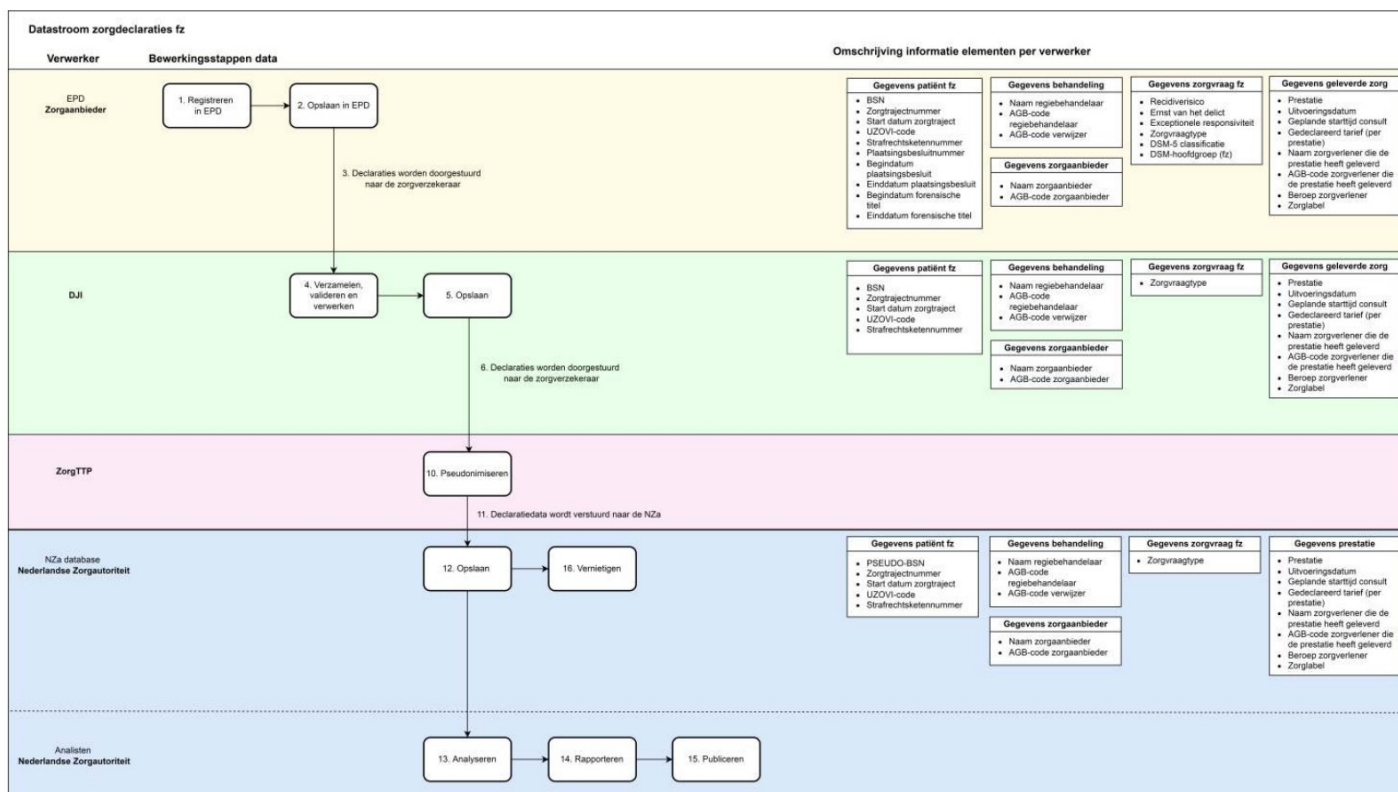
Datastroom zorgvraagtypering forensische zorg



Declaratiestroom ggz



Declaratiestroom forensische zorg



De twee voornaamste informatiestromen – de declaratiegegevens en de gegevens over de zorgvraagtypen – worden hieronder nog nader toegelicht:

2.1 Zorgdeclaraties

Om de geleverde zorg bij de verzekeraar te kunnen declareren, vermelden zorgaanbieders een aantal gegevens van patiënten op de declaratie. Een gedeelte van die gegevens wordt door Vektis (ggz) / DJI (fz) met de NZa gedeeld.

Deze informatiestroom kan worden gezien als de vervanging en opvolging van de data die aangeleverd werd aan het dbc-informatiesysteem (DIS). Deze informatiestroom heeft een algemeen doel en voorziet in de informatie die de NZa nodig heeft voor het uitvoeren van haar wettelijke taken op het gebied van regulering, toezicht en handhaving en monitoring en wordt dus niet uitsluitend ingezet t.b.v. (het invoeren, onderhouden en doorontwikkelen van) het Zorgprestatie-model.

Deze informatiestroom bevat de volgende persoonsgegevens van zorgconsumenten:

Persoonsgegevens	Categorie van persoonsgegevens
Declaratie: Geboortedatum	Gewoon
Declaratie: gepseudonimiseerd BSN*	Wettelijk identificatienummer
Declaratie: Zorgtrajectnummer	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Startdatum zorgtraject	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: UZOVI-code	Gewoon
Declaratie: Strafrechtsketennummer	Strafrechtelijk
Declaratie: DSM-hoofdgroep (in transitiefase)	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Gb-ggz profiel (alleen in geval van voorheen bggz)	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Gekozen zorgvraagtype	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Privacyverklaring actief (alleen 'ja' indien een privacyverklaring actief is)	Gewoon
Declaratie: Prestatiecode	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Prestatie	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Uitvoeringsdatum	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Gedeclareerd tarief (per prestatie)	Bijzonder: gezondheid
Declaratie: Zorglabel	Bijzonder: gezondheid

* Het BSN van de patiënt wordt voor de aanlevering aan de NZa gepseudonimiseerd door een zogenaamde *Trusted Third Party*, Zorg TTP. Daarmee wordt de koppelbaarheid van de informatiestroom aan de identiteit van de patiënt beperkt.

De declaratiegegevens worden – in ieder geval in 2022 en 2023 – niet rechtstreeks door de zorgaanbieders ggz en fz aan de NZa verstrekt, maar de aanlevering vindt plaats via Vektis (ggz) dan wel DJI (fz).

2.1.1 Zorgprestatiemodel

De naam zegt het al: het fundament van het zorgprestatiemodel bestaat uit prestaties. Deze prestaties zijn herkenbaar voor iedereen en ze weerspiegelen de daadwerkelijk geleverde zorg. De tarieven sluiten aan op wie de behandeling uitvoert en de plek waar de behandeling plaatsvindt. Het zorgprestatiemodel kent de volgende eigenschappen:

- De prestaties zijn duidelijk en overzichtelijk. Bovendien zijn ze begrijpelijk voor de patiënt, omdat ze een feitelijke weergave zijn van de geleverde zorg, zijn ze herkenbaar en controleerbaar voor iedereen.
- Factoren zoals het beroep van de persoon die de behandeling uitvoert, de duur van elk consult, de plek waar de zorg plaatsvindt, wegen allemaal mee in het tarief dat voor de geleverde zorg in rekening mag worden gebracht.
- Er wordt vergoed op basis van geleverde consulten en niet op basis van minuten. De indirecte tijd (zoals verslaglegging of een multidisciplinair overleg) is meegenomen in de tarieven en hoeft daarom niet meer apart te worden vastgelegd. Ook worden de regels en controles eenvoudiger. Controles achteraf worden zo veel mogelijk voorkomen. Omdat de generalistische basis ggz, de gespecialiseerde ggz, de forensische zorg, en de langdurige ggz volgens dezelfde regels gaan registreren en declareren is er veel minder variatie en dit vermindert de administratieve lasten.
- Om te weten wat de kosten zijn geweest van de zorg die is geleverd, hoeft niet meer gewacht te worden op het einde van een traject. De prestaties zijn immers niet meer gekoppeld aan een langer lopend traject (zoals een DB(B)C), maar aan een consult een verblijfsdag. Er kan dus ook veel sneller gedeclareerd worden. Zo is het voor patiënt, zorgaanbieder en zorgverzekeraar snel duidelijk welke kosten er zijn geweest voor een bepaalde periode.

2.2 Zorgvraagtyperingsdata

Daarnaast wordt binnen de ggz en fz een informatiestroom opgezet voor een specifiek doel, zijnde het onderhouden en doorontwikkelen van het systeem van zorgvraagtypering. Zorgvraagtypering is te zien als het proces waarbij een algoritme adviseert welke van de 20 zorgvraagtypes, en daarmee welke zorgzwaarte, het beste past bij een specifieke patiënt. Om tot dit advies te komen, wijst het algoritme de patiënt automatisch toe aan een bepaald zorgvraagtype op basis van de antwoorden van de behandelaar op de Honos+-vragenlijst. Het is echter uitdrukkelijk niet het algoritme, maar de behandelaar die bepaalt welk zorgvraagtype uiteindelijk passend is – en daarmee of het door het algoritme gegeven advies wordt opgevolgd of juist niet. De behandelaar kan te allen tijde afwijken van het advies. Hierdoor is géén sprake van een uitsluitend geautomatiseerde besluitvorming in de zin van art. 22 AVG⁴.

Deze aanlevering is losgekoppeld van de hierboven genoemde informatiestroom met zorgdeclaraties en de gegevens zullen niet in gezamenlijkheid van elkaar worden verwerkt. Deze gegevens worden rechtstreeks door de zorgaanbieders ggz en fz aan de NZa verstrekt.

⁴ Voor meer (technische) informatie over het algoritme wordt verwezen naar bijlage 6 bij de Regeling geestelijke en forensische zorg (NR/REG-2313).

2.2.1 Zorgvraagtypering

In het zorgprestatie-model wordt de zorgvraag van patiënten in kaart gebracht met zorgvraagtypering. De zorgvraagtypering helpt een verband te leggen tussen zorgvraag en inzet van zorg. Zo kunnen zorgaanbieders intern, maar ook met bijvoorbeeld zorgverzekeraars in gesprek over wat er nodig is om bepaalde groepen patiënten goed te helpen en om dit financieel mogelijk te maken. Dit kan passende vergoedingen stimuleren voor zorg die zo goed mogelijk aansluit bij de zorgvraag van de patiënt. Zorgvraagtypering vergroot de klinische herkenbaarheid van de zorgbehoefte. Omdat maatschappelijke omstandigheden en inzichten kunnen veranderen, kan het zorgvraagtyperingsmodel zelf ook veranderen. Zodra meer data beschikbaar is over de zorgvraagtypes en bijbehorende behandelingen, zijn betere voorspellingen mogelijk en kan het model verder worden verfijnd. Het model van de zorgvraagtypering is 'lerend'. Op termijn zou zorgvraagtypering daardoor ook een rol kunnen gaan spelen in bijvoorbeeld zorgstandaarden of bij het bepalen van de aanspraak op zorg.

Om deze doelen te kunnen bereiken moet zorgvraagtypering zo optimaal mogelijk het verband weergeven tussen zorgvraag en zorginzet. Om daar te komen is het nodig te onderzoeken hoe goed het model nu functioneert en waar mogelijke verbeteringen zijn aan te brengen. Voor dat onderzoek zijn gegevens uit de zorgpraktijk nodig. Deze gegevens worden uitsluitend door de NZa verwerkt en uitsluitend gebruikt om de zorgvraagtypering door te ontwikkelen. Vandaar dat deze gegevens afzonderlijk van de declaratiegegevens worden opgevraagd.

Deze informatiestroom bevat de volgende persoonsgegevens van zorgconsumenten, tenzij een privacyverklaring aanwezig is:

Persoonsgegevens	Categorie van persoonsgegevens
Zorgvraagtypering: Antwoorden (scores 1- 5) op HoNOS+ vragen*	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Drie elementen historisch zorggebruik (Wvggz-/Wzd-, Acute-ggz- en Verblijfshistorie)	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Gekozen zorgvraagtype	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Geadviseerd zorgvraagtype	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: DSM-hoofdgroep	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Datum uitvoering zorgvraagtypering	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Maandelijks behandelinzet in aggregaat	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Recidiverisico op 5-puntsschaal	Strafrechtelijk
Zorgvraagtypering: Ernst van delict	Strafrechtelijk
Zorgvraagtypering: Bijzonder responsiviteitsprobleem	Strafrechtelijk
Zorgvraagtypering: Zorgvraagtype fz	Strafrechtelijk
Zorgvraagtypering: Gb-ggz profiel	Bijzonder: gezondheid
Zorgvraagtypering: Privacyverklaring actief (alleen 'ja' indien een privacyverklaring actief is)	Gewoon

* : De HoNOS is een vragenlijst, bestaande uit gesloten vragen, die wordt ingevuld door de behandelaar van de patiënt. Er zijn geen open tekstvelden. De uitkomst geeft weer hoe het geestelijk en sociaal functioneren van een patiënt op een bepaald moment is en welk van de 20 zorgvraagtypen op basis van de antwoorden (scores) het beste bij de patiënt past.

3 **Waarom de NZa deze gegevens verwerkt**

De NZa verwerkt de gegevens over de zorgvraagtypering ten behoeve van het Zorgprestatie­model en ten einde ervoor te zorgen dat de met dit model samenhangende baten gerealiseerd kunnen worden. Het is in het belang van de individuele patiënt, de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de samenleving als geheel dat het Zorgprestatie­model naar behoren functioneert. Meer specifiek is het doel van de verwerkingen ervoor te zorgen:

- dat passende zorg beter wordt beloond. Zorgaanbieders die patiënten met een complexe zorgvraag behandelen, krijgen door het Zorgprestatie­model passender betaald omdat het gekozen zorgvraagtype wordt meegewogen in de beloning. Op die manier is ook de behandeling van patiënten met complexe problemen lonend wordt, waardoor hun wachttijd korter wordt.
- dat de toegankelijkheid van ggz en fz verbetert, omdat met zorgvraagtypering een verband wordt gelegd tussen zorgvraagtype en de inzet van zorg (de zorgbehoefte). Met de zorgvraagtypering is de zorgbehoefte in Nederland aldus beter te voorspellen is. Het biedt daardoor meer inzicht in wat voor zorg en hoeveel zorg er nodig is voor patiënten met een bepaald zorgvraagtype. Dat inzicht is belangrijk, omdat zorgverzekeraars daardoor beter kunnen voorspellen welke zorg en hoeveel zorg er nodig gaat zijn en dus ingekocht moet worden. En hoe beter zij die voorspelling kunnen maken, hoe beter zij hun taak uit kunnen voeren: voldoende zorg inkopen die aansluit bij de totale zorgvraag (kwantitatief) en zorgbehoefte (kwalitatief). En aan hun zorgplicht kunnen voldoen: mensen tijdig een plek bieden bij een behandelaar die het beste aansluit op de zorgbehoefte die de patiënt nodig heeft.

Daartegenover staat het besef van de NZa dat met het verwerken van deze gegevens – met name als het gaat om bijzonder gevoelige gegevens, zoals gegevens over de gezondheid of strafrechtelijke persoonsgegevens van ggz en fz patiënten – een inbreuk wordt gemaakt op de privacy van de betrokkenen op wie deze gegevens betrekking hebben. Daarom heeft de NZa meerdere maatregelen genomen om de koppelbaarheid van de uitgevraagde gegevens aan de identiteit van de patiënt te beperken. In het kort:

- het BSN uit de declaratiestroom wordt eerst gepseudonimiseerd alvorens de gegevensstroom bij de NZa wordt aangeleverd.
- de declaratiegegevens worden apart van de gegevens over de zorgvraagtypering verwerkt. Het combineren van de gegevensstromen is niet nodig om de doelen te bereiken zoals hiervoor beschreven. Wanneer de gegevens over de zorgvraagtypering in combinatie met de declaratiegegevens verwerkt zouden worden, zouden de gegevens over de zorgvraagtypering eenvoudiger aan de identiteit van de betrokkene te koppelen zijn.
- de gegevens over de zorgvraagtypering worden uitsluitend bij de NZa aangeleverd en niet bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar krijgt dus niet de antwoorden op de Honos+-vragenlijsten te zien en ook niet het geadviseerde zorgvraagtype.
- De NZa heeft beoordeeld of het beoogde doel niet op een andere, minder ingrijpende wijze gerealiseerd kan worden of met gegevens op een hoger aggregatieniveau.

- Iedere betrokkene kan er middels het invullen van een privacyverklaring voor kiezen dat de gegevens die de zorgaanbieder registreert over zijn zorgvraagtype niet met de NZa worden gedeeld.

3.1 Proportionaliteit zorgvraagtypering

Voor de doorontwikkeling van het zorgprestatie-model is informatie nodig over het verband tussen zorgvraag en de inzet van zorg. De versleutelde data die de NZa ontvangt, wordt enkel gebruikt voor het verbeteren van zorgvraagtypering. Zo is het belangrijk om te weten of de huidige vragenlijst leidt tot een logisch zorgvraagtype, of er bijvoorbeeld types bij moeten komen of moeten worden gesplitst, of dat bepaalde vragen overbodig zijn. Zo blijft de indeling in zorgvraagtypes goed gekalibreerd op de actuele situatie in de Nederlandse ggz. Dit is in de fz ook om meer uniform een uitkomst te hebben vanwege de vele type instrumenten risicotaxatie. Naarmate er meer data beschikbaar is, zijn betere voorspellingen mogelijk en kan het model verder worden verfijnd.

Om goed geïnformeerde keuzes te maken in de verdere ontwikkeling van zorgvraagtypering is het nodig dat de NZa voldoende gegevens heeft. Hoe meer gegevens, hoe beter immers zicht is op de ingezette zorg bij verschillende zorgvraaggroepen en hoe beter is in te schatten wat voor uitzonderingsgevallen er voor kunnen komen. Daarvoor is een goed zorgvraagtyperingssysteem met een brede dekking van de zorgvraagtypering in de sector nodig zonder sterke selectiebias. Een selectie van patiënten, zorgaanbieders of bijvoorbeeld settings is daarom onvoldoende om zorgvraagtypering goed te kunnen doorontwikkelen.

De antwoorden op HoNOS+ vragen en afzonderlijke fz-zorgvraagdimensies zijn zeer privacygevoelig, ze bevatten relatief gedetailleerde gegevens over bijvoorbeeld een gepleegd delict, herhaaldelijke zelfverwonding of waanvoorstellingen. In isolatie zijn de scores beperkt herleidbaar tot individuele natuurlijke personen. Dat kan echter veranderen wanneer de gegevens gecombineerd worden met gedetailleerde informatie over het zorggebruik. Door koppelingen met andere databronnen waarin zorggebruik is vastgelegd kan mogelijk voor (een deel van) patiënten herleidbaar worden welke zorgvraagcores op hen betrekking hebben. De informatiestroom die in het onderhoud van het systeem voor zorgvraagtypering voorziet wordt daarom vormgegeven als een aparte informatiestroom die naast de informatiestroom zorgprestatie-model wordt ingericht. De informatiestroom zorgvraagtypering bevat geen directe patiënt identificerende kenmerken waarmee op individueel patiëntniveau worden gekoppeld met andere data in het bezit van de NZa, zoals een pseudo-bsn. Wel bestaat het risico dat als gegevens gekoppeld kunnen worden op basis van unieke combinaties van gegevens die zowel in de dataset zorgprestatie-model als de dataset zorgvraagtypering voorkomen de identiteit van de betrokkene alsnog te herleiden is. Door ervoor te zorgen dat er zo min mogelijk unieke datapunten bestaan wordt de mogelijkheid tot koppelen zo klein mogelijk gemaakt. Bij het inrichten van de datastroom hebben wij verschillende maatregelen genomen om dit risico te beperken. In de volgende paragraaf werken we dit uit per informatie element dat wordt uitgevraagd. Belangrijk hierbij te vermelden is dat we dergelijke koppelingen niet zullen uitvoeren.

Zorgvraagtypering is voornamelijk een methode om in kaart te brengen welk zorggebruik verwacht kan worden wanneer een patiënt met een zorgvraag bij een behandelaar komt. Er moet een afweging gemaakt worden tussen de anonimiteit in de dataset en het detailniveau waarop zorggebruik in kaart kan worden gebracht. Hieronder geven we de afwegingen.

Setting: De allereerste splitsing van zorggebruik is te maken over de settings-as. Verwacht mag worden dat patiënten met een ernstigere zorgvraag behandeld worden in een zwaardere setting en met een hogere zorginzet dan patiënten met een lichtere zorgvraag. We verwachten daarnaast dat bepaalde

zorgvraagtypes exclusief in bepaalde settings voorkomen. Wanneer bijvoorbeeld deze zorgvraagtypes ook in andere settings blijken voor te komen moeten we onderzoeken of het zorgvraagtype een homogene groep betreft, of dat er verfijning moet worden aangebracht in de zorgvraagtypering. We menen daarom dat setting een essentiële eigenschap is die mee moet worden genomen in deze dataset.

Beroepscategorie: Er bestaan duidelijke verschillen tussen zorgvraagtypes van de beroepen die worden ingezet tijdens de behandeling. Daarnaast zijn er duidelijke verschillen tussen beroepscategorieën in de rollen tijdens de behandeling en kunnen er grote kostenverschillen zijn tussen de beroepen. We zien beroepscategorie ook als noodzakelijk data-element.

Consulttype: In de declaratie-datastroom worden zowel zorgvraagtype als consulttype aangeleverd. We denken dat deze datastroom in onze informatiebehoefte voorziet. Vooral omdat we niet verwachten dat de zorgvraagtype-indeling bijgewerkt zal moeten worden aan de hand van de verdeling over de consulttypes. Wij hebben hierom geoordeeld dus dat consulttype geen noodzakelijk onderdeel is en daarom niet wordt uitgevraagd.

Minutenrange: Precieze informatie met betrekking tot aantallen verdeeld over de consultduren heeft het grootste risico op herleidbaarheid. Wanneer meer dan enkele consulten zorg wordt geleverd is de combinatie relatief snel uniek en dus herleidbaar. Daarnaast verwachten we dat een flink deel van de variatie van consultduren met de voorkeur van de aanbieder en behandelaar te maken heeft en vaak minder met de zorgvraag van de patiënt. Daarom hebben we geoordeeld dat we toe kunnen met een aggregatie over de minutenranges. Hierbij kunnen twee routes gekozen worden, namelijk 15-minuten-equivalenten of zorgkosten. Zorgkosten zijn eerder herleidbaar, omdat deze kunnen verschillen tussen de tijdranges. Daarnaast is het rekenkundig eenvoudig om naderhand een benadering van zorgkosten te doen aan de hand van 15-minuten-equivalenten. We oordelen daarom dat aggregatie tot 15-minuten-equivalenten de meest proportionele methode is.

Beveiligingsniveau: Analyses van kostprijzen laten zien dat beveiligingsniveaus 1-3 in de kosten niet veel van elkaar verschillen en dat deze groep wel anders is dan beveiligingsniveau 4. Daarom is onze keuze de aantallen verblijfsdagen te aggregeren per beveiligingsniveau 'laag' (1-3) en 'hoog' (4).

Aggregatie-periode: Benodigde zorg kan worden op- en afgeschaald op tijdschalen van uren tot maanden, om deze te kunnen volgen is een korte periode voor aggregeren nodig. Daarnaast hebben we hierboven beschreven dat langere periodes voor lagere herleidbaarheid zorgen. We concluderen daarom dat een goed evenwicht tussen het monitoren van op- en afschalen en niet-herleidbaarheid gevonden kan worden bij een aggregatie per maand.

Verrichtingen: Verrichtingen zijn niet goed te blinderen. Het gaat om kleine volumes, waardoor herleidbaarheid vrij snel mogelijk is, maar slechts voor een klein deel van de patiënten geldt. Daarentegen is inzicht in bijvoorbeeld ECT-inzet voor de verschillende zorgvragen nuttig voor groot en klein onderhoud. Verschillende zorginhoudelijke experts hebben namelijk aangegeven dat zij de inzet van ECT sterk onderscheid kan maken van bepaalde patiëntengroepen. We nemen daarom voor de verrichtingen als aantal per maand mee.

3.2 Subsidiariteit zorgvraagtypering

Er is geen andere manier om zorgvraagtypering door te ontwikkelen voor Nederlandse patiënten dan met gebruik van data over het gebruik van zorgvraagtypering door Nederlands patiënten. De antwoorden op de HoNOS+-vragenlijst zijn nodig op patiëntniveau. We hebben er wel voor gekozen de individuele prestaties te vervangen door een versleuteling/samenvoeging van behandelinzet per maand. Daarnaast vervangen we de identificerende informatie van de zorgaanbieder voor een volgnummer. Deze vertaling zorgt ervoor dat herleidbaarheid van de gegevens tot een individu nog veel kleiner worden.

Een aanzienlijk deel van het verder ontwikkelen van zorgvraagtypering heeft betrekking op het juiste verband tussen zorgvragen (individuele patiënten) en zorgvraagtypes. Mogelijke verbeteringen van het systeem zijn te vinden in het samenvoegen of opsplitsen van zorgvraagtypes, of het verschuiven van de verwachte grens tussen zorgvraagtypes op basis van de individuele scores op de HoNOS+-vragenlijst. Voor deze analyses moet de NZa voor een individuele zorgbehoefte kunnen achterhalen of de zorgvraagtypes goed passen. Om die reden vragen we de scores op patiëntniveau uit. Het gaat niet zozeer om de patiëntinformatie, maar om informatie over de zorgzwaarte en het zorgverloop daarvan. Met data waarbij zorgvraagtype niet is te matchen aan individuele zorgbehoefte (data die minder privacygevoelig zou zijn) zou zorgvraagtypering niet doorontwikkeld kunnen worden.

3.3 Privacyverklaring

De opt-out regeling blijft in dit systeem van zorgvraagtypering van toepassing. De opt-out regeling houdt in dat een patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring ondertekenen die wordt toegezonden aan de zorgverzekeraar, waarna de behandelaar facturen kan indienen bij de zorgverzekeraar van de patiënt zonder daarop informatie te vermelden die verwijst naar de zorgvraag. In het geval van een materiële controle, vindt controle op deze facturen plaats op individuele basis door of onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur van de zorgverzekeraar.

Het informatie-element 'Privacyverklaring' bevat overigens niet de privacyverklaring zelf, maar geeft aan of er een privacyverklaring aanwezig is (ja / nee). De NZa ontvangt geen privacyverklaringen.

4 De grondslag van de NZa om de gegevens te verwerken

Voor de rechtmatige verwerking van persoonsgegevens is een grondslag vereist (art. 6 lid 1 AVG). Eén van die grondslagen is toestemming (art. 6 lid 1 aanhef en onder a AVG). Een andere grondslag is dat de verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is om te voldoen aan een wettelijke verplichting (art. 6 lid 1 aanhef en onder c AVG) of omdat de verwerking van persoonsgegevens noodzakelijk is voor de vervulling van een publieke taak van algemeen belang of uitoefening van het openbaar gezag dat aan de verwerkingsverantwoordelijke, i.c. de NZa, is opgedragen (art. 6 lid 1 aanhef en onder e AVG). De NZa is op grond van deze bepalingen bevoegd persoonsgegevens te verwerken.

Het verwerken van bijzondere persoonsgegevens, waaronder gegevens over de gezondheid, is verboden, tenzij sprake is van een uitzondering (art. 9 lid 1 AVG (verwerkingsverbod). De uitzonderingen volgen uit artikel 9 lid 2 AVG). Hierbij geldt wederom dat het algemene verbod op verwerking van bijzondere persoonsgegevens niet geldt als de betrokkene zijn uitdrukkelijke toestemming geeft voor de verwerking. Andere uitzonderingen op het verwerkingsverbod zijn o.a. dat bij wet een uitzondering is gecreëerd voor de verwerking van bijzondere persoonsgegevens om redenen van algemeen belang (art. 9 lid 2 aanhef en onder g AVG) of dat de verwerking van bijzondere persoonsgegevens noodzakelijk is voor het in stand houden van onder meer het gezondheidszorgstelsel (art. 9 lid 2 aanhef en onder h AVG).

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft op grond van artikel 16, aanhef en onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg de wettelijke taak om markttoezicht en marktontwikkeling uit te voeren. Artikel 32 specificeert deze taken. Een belangrijke bevoegdheid van de NZa is die van het opvragen van informatie die van belang is voor de uitvoering van die wettelijke taken. Dit staat in artikel 61 Wmg. Tot die informatie kunnen ook medische persoonsgegevens behoren. Dit staat in artikel 60 Wmg.

Op grond van artikel 62 en 68 Wmg mag de NZa regels stellen. De bevoegdheid heeft de NZa specifiek uitgewerkt in artikel 4.2, vierde lid van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg (NR/REG-2214d). Op grond van artikel 65 moet de NZa zich houden aan de Regeling categorieën persoonsgegevens Wmg. Daarin is in artikel 2 gespecificeerd dat de NZa voor zowel artikel 16 als voor artikel 32 zowel medische als strafrechtelijke persoonsgegevens mag verwerken indien en voor zover zij naar het oordeel van de zorgautoriteit voor die uitvoering noodzakelijk zijn. Artikel 3 van de Rcp Wmg is voor de artikelen 61, 62 en 68 van de Wmg geregeld dat de NZa medische persoonsgegevens mag verwerken indien en voor zover zij naar het oordeel van de zorgautoriteit voor die uitvoering noodzakelijk zijn.

4.1.1 Rechten van betrokkenen

De procedure waarmee invulling wordt gegeven aan de rechten van de betrokkenen is vervat in de privacyverklaring van de Nederlandse Zorgautoriteit.⁵ Een aandachtspunt bij het behandelen van AVG-verzoeken is dat het niet uit te sluiten is dat betrokkenen alleen effectief een beroep op hun AVG-rechten kunnen doen als zij aanvullende informatie verstrekken aan de NZa. De datastromen waarin de persoonsgegevens zijn vervat, bevatten namelijk (a) geen direct herleidbare gegevens ('informatiestroom zorgvraagtypering' óf (b) zijn gepseudonimiseerd ('declaratiestroom'). Zo kan het nodig zijn om informatie te ontvangen over het zorggebruik; en/of de geboortedata; en/of postcode om te achterhalen welke data ziet op de betrokkene.

Van belang om te vermelden is dat een patiënt die bezwaren heeft dat de zorgaanbieder bepaalde informatie aanlevert bij de declaratie en bij de NZA, dan kan de patiënt op diens initiatief gezamenlijk met de zorgaanbieder een privacyverklaring ondertekenen, waarmee het aanleveren van de informatie-elementen zoals vermeld in artikel 4.1 lid 1 en artikel 4.2 lid 1 en 4 van de Regeling geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg voorkomen wordt. De patiënt beschikt daarmee dus over een op-out.

⁵ [Privacyverklaring Nederlandse Zorgautoriteit \(NZa\) 2022 - Nederlandse Zorgautoriteit \(overheid.nl\)](#).



Toelichting grondslagen

In dit document kunt u secties vinden die onleesbaar zijn gemaakt. Deze informatie is achterwege gelaten op basis van de Wet open overheid (Woo). De letter die hierbij is vermeld correspondeert met de bijbehorende grondslag in onderstaand overzicht.

J Art. 5.1 lid 2 sub e

Het belang van de openbaarmaking van deze informatie weegt niet op tegen het belang van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van betrokkenen

T

Valt buiten de reikwijdte van het verzoek