

Memo

Aan
RvB

Van
Directie Regulering

Telefoonnummer
030 29 68

E-mailadres

Kenmerk

Onderwerp
Onderbouwinnig 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, risicovereveningsdata 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	<p>Unieke identificatiecode van de indiener van de declaratie bij de zorgverzekeraar.</p> <p>Op regelniveau wordt hiermee duidelijk welke aanbieder de in rekening gebrachte zorg heeft geleverd.</p>	<p>Noodzakelijk voor meerdere redenen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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)	<p>Het burgerservicenummer van de patiënt.</p> <p>(Gepseudonimiseerd BSN van de patiënt, hiermee kan de prestatie gekoppeld worden aan verzekerde-kenmerken.)</p>	<p>Door middel van de pseudo BSN kan ggz data gekoppeld worden met declaratiedata van andere sectoren. Deze koppeling is om meerdere redenen noodzakelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 wlz 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	UZOVI-code (ggz en fz)	Unieke Zorgverzekeraarsidentificatiecode 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 behandelaren 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	<p>- 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.</p> <p>- 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.</p> <p>- Nodig om meldingen te kunnen duiden die wijzen op een overtreding van</p> <p>- 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).</p> <p>- 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 patiëntkenmerken die de groep zo goed mogelijk omschrijven. Vaak maakt de diagnose hier onderdeel van uit.</p>	
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 (indicierend)	<p>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.</p> <p>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</p>	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 beoordeling 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.	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	Geboortejaar	Geboortejaar van de patiënt/verzekerde	<ul style="list-style-type: none"> - 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: Behandelsetting: 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	patientidentificatienummer 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 patient 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 patient 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.	
--	--	--	--	--