



Vragen informatiebijeenkomsten toetsingscriteria IGC/DGC 17 en 18 januari 2023

Achtergrond

1. Wie zitten er in de Inhouds-governancecommissie (IGC) en Data-governancecommissie (DGC)?

De IGC-leden vindt u op [deze pagina](#), de DGC-leden vindt u [hier](#). Op beide pagina's leest u ook welke perspectieven zij vertegenwoordigen in de governancecommissies.

2. Wat is er in de proeftoets gedaan?

De governancecommissies hebben een proeftoets gedaan om de toepasbaarheid van de toetsingscriteria te toetsen en ze waar nodig aan te scherpen of te verduidelijken. Dankzij de proeftoets is bovendien het aanvraagformulier aangepast en is een beter beeld verkregen van de benodigde bewijsstukken.

Kwaliteitsregistraties

3. Wat is de definitie van een kwaliteitsregistratie?

De definitie van een kwaliteitsregistratie volgens de wet is als volgt: *'De verzameling, opslag en verdere verwerking van gegevens, waaronder persoonsgegevens, van een cliëntenpopulatie die wordt uitgevoerd met als doel om de kwaliteit van zorg aan die cliëntenpopulatie te meten en te verbeteren.'*

De wettelijke criteria (wet kwaliteitsregistraties zorg) en de toetsingscriteria van de IGC en DGC geven invulling aan waar een kwaliteitsregistratie aan moet voldoen. Zo moet de kwaliteitsregistratie onder andere:

- Geheel of gedeeltelijk betrekking hebben op de medisch-specialistische zorg
- Data verzamelen met leren en verbeteren en samen beslissen als primaire doelstellingen
- Minimaal één keer per jaar spiegelinformatie terugkoppelen aan zorgverleners en/of zorginstellingen

4. Wat is het verwachte effect van de toetsing op reeds bestaande kwaliteitsregistraties?

Het verwachte effect van de toetsing is afhankelijk van het uiteindelijke oordeel/advies van beide governancecommissies en de daaropvolgende afweging van Zorginstituut Nederland om de kwaliteitsregistratie op te nemen in het kwaliteitsregister. Wanneer een kwaliteitsregistratie wordt opgenomen in het kwaliteitsregister, dan zal van de kwaliteitsregistratie worden verwacht dat deze zich doorontwikkelt op basis van de adviezen die na de toetsing door de governancecommissies worden meegegeven. Op het moment dat een kwaliteitsregistratie niet wordt opgenomen in het kwaliteitsregister wordt het lastig om de kwaliteitsregistratie voort te zetten, omdat de wettelijke grondslag dan ontbreekt en zorgaanbieders niet verplicht zijn om de data aan te leveren.

5. In het rapport Keuzenkamp staat een lijst met kwaliteitsregistraties, zijn dit ook de kwaliteitsregistraties die opgenomen gaan worden in het kwaliteitsregister?

De lijst van Keuzenkamp was bedoeld ter illustratie van het kwaliteitsregistratielandschap van dat moment. De lijst is geen uitgangspunt voor de toetsing. Kwaliteitsregistraties besluiten zelf of en wanneer zij zich aanmelden voor toetsing. Toetsing is niet verplicht, maar wel nodig om in het

kwaliteitsregister te komen en daarmee onder andere een wettelijke grondslag voor de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens te verkrijgen.

6. Mijn kwaliteitsregistratie valt maar voor een deel binnen de medisch-specialistische zorg. Geldt de toetsing dan ook voor deze kwaliteitsregistratie?

Dat kan, ingevolge artikel 11n, eerste lid, onderdeel c van de wet kwaliteitsregistraties zorg, moet het gaan om een landelijke kwaliteitsregistratie, die geheel of gedeeltelijk, betrekking heeft op zorg die wordt geleverd door zorgaanbieders die medisch specialistische zorg leveren.

7. Komen kwaliteitsregistraties uit de eerste lijn in aanmerking voor toetsing?

Op dit moment komen deze kwaliteitsregistraties niet in aanmerking voor toetsing. Zie ook het antwoord op vraag 3.

8. Er zit een verschil in volwassenheid van kwaliteitsregistraties. Kunnen 'jonge' kwaliteitsregistraties ook in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland komen?

Kwaliteitsregistraties hoeven zeker nog niet uitontwikkeld te zijn om opgenomen te kunnen worden in het kwaliteitsregister. De governancecommissies kunnen aan deze kwaliteitsregistraties ontwikkeladviezen meegeven. In een volgende toetsingsronde zullen de toetsingscriteria, inclusief de knock-out criteria, worden aangescherpt.

Onderstaande twee vragen gaan over nieuwe kwaliteitsregistraties. Op dit moment is de scope voor toetsing door de IGC en DGC gericht op bestaande kwaliteitsregistraties.

9. Kunnen nieuwe/net opgestarte kwaliteitsregistraties zich ook laten toetsen en worden opgenomen in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland?

Op dit moment toetsen de governancecommissies bestaande kwaliteitsregistraties. Over de toetsing van nieuwe/nog te ontwikkelen kwaliteitsregistraties zijn de IGC en DGC in overleg met de HLA-partijen.

10. In hoeverre heeft dit alles effect op het ontstaan van nieuwe kwaliteitsregistraties? Ik merk dat de betrokken partijen hierbij alles in de wacht zetten en voorlopig niks starten. Merken jullie dat ook?

Dit merken wij inderdaad en we kijken hoe de toetsing en financiering van nieuwe kwaliteitsregistraties goed vorm kan worden gegeven. De IGC en DGC zijn in overleg met de HLA-partijen om te bepalen op welke manier de (volgordelijkheid van) ontwikkeling en toetsing van nieuwe kwaliteitsregistraties het beste georganiseerd kan worden.

11. Wordt er ook separaat gekeken naar Medical Devices waar traceerbaarheid een rol speelt?

De toetsing richt zich op kwaliteitsregistraties met als primaire doelstellingen evalueren en verbeteren en samen beslissen. Binnen dit soort kwaliteitsregistraties kan traceerbaarheid een rol spelen, maar hier wordt niet separaat naar gekeken.

12. Dienen alle nu lopende kwaliteitsregistraties de toetsingsprocedure van de governancecommissies te doorlopen?

Om te kunnen beschikken over de benodigde wettelijke grondslagen voor de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens moeten kwaliteitsregistraties zijn opgenomen in het kwaliteitsregister van Zorginstituut Nederland. Daarvoor is de toetsing door de IGC/DGC noodzakelijk.

13. Indien een kwaliteitsregistratie niet opgenomen wil worden in het kwaliteitsregister hoeft een kwaliteitsregistratie neem ik aan dit toetsingsproces niet te doorlopen (en kunnen ze geen aanspraak maken op de subsidiering en de verplichting voor aanlevering die in de wet komt te staan)

Als een kwaliteitsregistratie er voor kiest om zich niet te laten toetsen door de IGC/DGC kan er inderdaad geen aanspraak worden gemaakt op financiering en verplichte aanlevering van data door zorgaanbieders. Bovendien ontbreekt dan de benodigde wettelijke grondslag voor de verwerking van (bijzondere) persoonsgegevens.

Toetsingscriteria algemeen

14. Waar vind ik de toetsingscriteria van de IGC en DGC?

De toetsingscriteria zijn op de website van het SSC-DG gepubliceerd. U vindt ze [hier](#).

15. Zijn de vastgestelde toetsingscriteria nog te veranderen? Wie gaat daarover?

De toetsingscriteria zullen in de loop van de tijd worden aangescherpt. Naar verwachting zullen de toetsingscriteria en de ministeriele regeling in de komende periode jaarlijks worden aangepast. De criteria voor de eerste toetsingsronde zijn vastgesteld door de IGC en DGC en te vinden op de website.

16. Wat helpend zou zijn is als er templates beschikbaar worden gesteld voor kwaliteitsregistratie om ? Deze templates zouden gebaseerd kunnen zijn op de kwaliteitsregistraties die betrokken zijn geweest bij de proeftoets en/of worden ontwikkeld in samenwerking met de SKR

Daar is aandacht voor, en deze templates worden door het SSC-DG (met experts) ontwikkeld. Er zijn nu enkele templates geïnventariseerd als behulpzaam, mocht u een specifieke template wensen dan horen we dit graag.

Toetsingscriteria IGC

17. Wordt wetenschappelijk onderzoek ook gerekend tot evalueren en verbeteren (één van de knock-out criteria bij thema 1 van de inhoudsgovernance-criteria)?

Wetenschappelijk onderzoek is een breed begrip waardoor deze vraag lastig te beantwoorden is. Uitgangspunt is dat de kwaliteitsregistratie zich primair richt op het evalueren en verbeteren van de kwaliteit van zorg, door middel van terugkoppeling van (spiegel)informatie aan zorgverleners. Ook moet er een relatie zijn met de professionele standaarden (richtlijnen) van de betrokken beroepsvereniging(en) en/of landelijk vastgestelde kwaliteitsstandaarden van de beschreven zorg.

18. Moet een kwaliteitsregistratie zelf een tool maken voor samen beslissen of is het voldoende als een andere partij (bijvoorbeeld de ziekenhuizen) hiervoor de verzamelde data van de kwaliteitsregistratie gebruikt?

Dat zal onder meer afhangen van het onderwerp en de doelstellingen van de stakeholders. Het is belangrijk dat een kwaliteitsregistratie samen met die stakeholders, waaronder beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties, gaat kijken op welke manier de kwaliteitsregistratie bij zou kunnen dragen aan het beschikbaar maken van informatie ter ondersteuning van het gesprek tussen zorgverlener en patiënt.

19. Wordt bij thema 1 de indicatorenset van de IGJ en de Transparantiekalender bedoeld of gaat het hier ook over interne indicatoren?

Kwaliteitsregistraties en stakeholders stellen doelstellingen en verbeterdoelen vast voor de kwaliteitsregistratie. Met de indicatorenset wordt een verzameling bedoeld van de indicatoren die de kwaliteitsregistratie meet/evalueert in relatie tot die (primaire en secundaire) doelstellingen. Daaronder vallen dus zowel de indicatoren voor (intern) evalueren en verbeteren als indicatoren voor transparantie.

20. Eén van de knock-out criteria stelt dat de indicatorenset inhoudelijk en methodologisch moet worden geëvalueerd. Wat wordt hiermee bedoeld?

Voor een gestroomlijnde kwaliteitsregistratie met blijvende meerwaarde is het noodzakelijk dat regelmatig wordt geëvalueerd of de indicatorenset inhoudelijk en methodologisch nog aansluit bij de primaire en secundaire doelstellingen en niet breder is dan noodzakelijk. De IGC beoordeelt hoe dit binnen de kwaliteitsregistratie is geborgd.

21. Veel kwaliteitsregistraties richten zich primair op evalueren en verbeteren en hebben samen beslissen niet centraal staan of zelfs geheel niet in scope. Samen beslissen is een knock-out criterium. Hoe wordt daarmee omgegaan?

Samen beslissen is een relatief nieuw onderwerp binnen kwaliteitsregistraties en het veld is op dat punt nog volop in ontwikkeling. In de toetsingscriteria van de IGC is daarom aangegeven dat wanneer de kwaliteitsregistratie (nog) niet of onvoldoende ondersteunend is aan het proces van samen beslissen, er een plan van aanpak aangeleverd dient te worden waarin staat beschreven hoe de kwaliteitsregistratie hier in de komende jaren invulling aan gaat geven. Als dit plan ontbreekt of het plan als onvoldoende wordt beoordeeld, is het een knock-out.

22. Bij thema 2 wordt uniciteit genoemd. Gaat dit alleen over kwaliteitsregistraties of ook over andere type registraties, zoals epidemiologische registraties?

De governancecommissies toetsen alleen kwaliteitsregistraties. Overlap met andere typen registraties is relevant als bijvoorbeeld door koppeling kan worden voorkomen dat ziekenhuizen dezelfde data meerdere malen moeten aanleveren. Daarom wordt gevraagd naar overlap met landelijke dataverzamelingen in bredere zin.

23. Wat wordt bedoeld met het respectievelijke effect op doelmatigheid, doeltreffendheid, cliëntgerichtheid, tijdigheid en toegankelijkheid (toetsingscriteria 4.5 t/ 4.8)?

Verbetering van kwaliteit van zorg kan betrekking hebben op verschillende domeinen. Het Institute of Medicine (IOM) heeft 6 domeinen benoemd: veiligheid, doelmatigheid, doeltreffendheid, patiëntgerichtheid, tijdigheid en toegankelijkheid van zorg. In aanvulling op de doelstellingen geeft de mate waarin een kwaliteitsregistratie bijdraagt aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg op deze domeinen een beeld van de relevantie. Niet alle domeinen hoeven op de kwaliteitsregistratie van toepassing te zijn.

24. Welke ontwikkelingen worden verwacht in de toetsingscriteria van de IGC?

De IGC zal in de loop van de tijd een aantal toetsingscriteria verder aanscherpen om zo de kwaliteitsregistraties te stimuleren zich steeds verder te ontwikkelen. De visie van de IGC op de gewenste inhoudelijke ontwikkelingen zal nog worden gepubliceerd.

25. Kan de IGC ook aangegeven dat zij vindt dat er te veel items worden geregistreerd binnen een kwaliteitsregistratie?

Ja, dat zou kunnen. Een belangrijke vraag bij de beoordeling door de IGC is of de doelstellingen en de beoogde resultaten van de kwaliteitsregistratie rechtvaardigen dat hiervoor (bijzondere)

persoonsgegevens worden verzameld en verwerkt. De uitvraag moet proportioneel zijn en dus niet breder dan nodig. Daarnaast dient de administratieve last zoveel mogelijk beperkt te worden. De IGC wil graag zien dat is geborgd dat de inhoud en omvang van de set in verhouding staan tot de doelstellingen/informatiebehoefte.

26. Onze kwaliteitsregistratie heeft moeite om patiënten te raadplegen/heeft geen (relevante) patiëntenorganisatie om te betrekken. Dit wordt echter wel duidelijk genoemd in de toetsingscriteria van de IGC. Hoe kunnen wij hier het beste mee omgaan?

Het advies hierbij is om duidelijk uit te leggen aan de IGC waarom dit niet haalbaar/mogelijk is. Voor dit onderwerp verwijst de IGC bovendien naar het witboek Kwaliteitsregistraties & Patiëntenparticipatie van de Patiëntenfederatie.

Toetsingscriteria DGC

27. Thema 2 bevat geen knock-out criterium/criteria. Wordt dit later nog wel verwacht?

Voor nu valt dit buiten de minimale eisen, maar het is wel opgenomen in het plan voor het groeppad. Dat betekent dat in een volgende ronde van het toetsingsproces één of meerdere onderdelen een knock-out criterium kunnen worden.

28. Nog niet alle datapunten zijn momenteel te vatten in zorginformatiebouwstenen (zibs). Wordt gegarandeerd dat de ontwikkeling van de zibs sneller gaat?

We zien het belang van de verdere ontwikkeling van zibs. De governancecommissies kunnen een versnelling hiervan niet garanderen, maar kunnen wel met het SSC-DG een signalerende en agenderende rol spelen.

29. Binnen de geboortezorg wordt gewerkt aan een dataset op basis van zibs. De ervaring is dat het de werkgroep één jaar heeft gekost om te denken in de geest van de zibs en het nog enkele jaren duurt (mede in overleg met de ZIS-leveranciers) voordat de zibs in productie kunnen worden genomen. Hoe wordt daar in de toetsing mee omgegaan?

De DGC vraagt om een onderbouwing waarom delen van de dataset (nog) niet in zibs te vatten zijn en een plan van aanpak hoe de dataset in zibs gevat kan worden. Het aandachtspunt dat er begeleiding en tijd nodig is om dit eigen te maken is bekend. Er wordt gekeken hoe dit kan worden ondersteund en door wie.

30. De rapportage van Verduurzamen Kwaliteitregistraties is enkele jaren geleden afgerond, hoe gaat de DGC om met nieuwe items in de kwaliteitsregistratie die niet in het project Verduurzamen Kwaliteitregistraties (en dus de rapportage) zijn meegenomen?

De DGC beoordeelt of bepaalde denkstappen zijn doorlopen in relatie tot de mapping op het primaire proces en naar de afgesproken standaarden. De rapportage van verduurzamen voldoet hiermee op dit moment. Een oplegger met daarin de zaken vanuit de eindrapportage die al zijn opgepakt en een uitleg indien afwijkende keuzes zijn gemaakt, wordt wel gewaardeerd. Wat ook gewaardeerd wordt, maar niet vereist is, is om in het bijbehorende Excel-bestand aan te geven welke aanvullingen en/of wijzigingen op de dataset in relatie tot het zorgpad zijn gemaakt.

31. Wordt er specifiek gesproken over gepseudonimiseerd in plaats van geanonimiseerd? Want in het doel lijkt het te gaan over anonimisatie.

Het is niet helemaal duidelijk wat met 'het doel' bedoeld wordt in deze vraag. Een uitleg van pseudonimiseren is te vinden in [Memorie van Toelichting](#) bij het wetsvoorstel en in het [Rapport Van](#)

[der Zande](#). In het kort is pseudonimisatie juist nodig om koppelingen tussen verschillende databronnen te kunnen maken, wat bij anonimiseren niet meer mogelijk is.

Memorie van Toelichting, pagina 10:

‘Bij het anonimiseren van gegevens aan de bron kan, anders dan bij pseudonimiseren, informatie uit verschillende bronnen niet meer op persoon gekoppeld worden. Dat is problematisch omdat het juist nodig is om individuele cliënten van een bepaalde cliëntenpopulatie met een specifieke aandoening, ziekte, zorgtype of complicatie te kunnen volgen. Bij een bepaalde uitkomst kan het, voor het vinden van verklaringen van kwaliteitsverschillen, nodig zijn om specifiek naar de betreffende cliënt in een cliëntenpopulatie te kijken (waarom slaat bij deze cliënt bijvoorbeeld de ene behandeling wel aan en bij de andere niet). Ook kan het nodig zijn om gegevens vanuit verschillende zorgaanbieders te koppelen aan één patiënt, zoals bij heropnames binnen een x aantal maanden na een operatie, wat niet altijd bij dezelfde zorgaanbieder gebeurt. Verder moet het voor de kwaliteitsregistratie mogelijk zijn om de oorspronkelijke cliëntgegevens te controleren bij de desbetreffende zorgverlener. Soms zal een kwaliteitsregistratie steekproefsgewijs de in de kwaliteitsregistratie ingevoerde gegevens willen controleren met de gegevens van de zorgaanbieder om te kunnen komen tot de juiste conclusies over de geleverde kwaliteit van zorg.’

Rapport van der Zande, pagina 15:

‘De redenen hiervoor zijn tweërlei:

- bepaalde verwerkingen zijn zorgaanbieder-overstijgend waardoor gegevens vanuit verschillende zorgaanbieders moeten kunnen worden gekoppeld aan één patiënt (zoals heropnames binnen zoveel maanden na een operatie, hetgeen niet noodzakelijkerwijs bij hetzelfde ziekenhuis hoeft te geschieden of het volgen van een patiënt met een implantaat over verschillende zorgaanbieders).*
- Terugkoppeling met de betreffende zorgverlener moet mogelijk zijn voor controle van de oorspronkelijke patiëntgegevens. Soms zal ook een kwaliteitsregistratie steekproefsgewijs de in de kwaliteitsregistratie ingevoerde gegevens willen controleren met de brongegevens van het ziekenhuis.*

Dergelijke pseudonimisering is een privacy verhogende maatregel (privacy-by-design) maar maakt niet dat de gegevens vervolgens buiten het regime van de AVG vallen.’

32. Is het gegeven voorbeeld van BMI niet strijdig met de need-to-know-basis van AVG? Als BMI het enige relevante is dan wil je geen gewicht en lengte weten. Idem bij leeftijd in plaats van geboortedatum als dat kan.

Het toetsingscriterium dataoptimalisatie is mede bedoeld om brondata optimaal te gebruiken. Hiervoor is het van belang dat kwaliteitsregistraties kritisch kijken naar het waarom en de noodzakelijkheid van de uitgevraagde parameters. Met het comply or explain principe kan, als er een goede onderbouwing is voor het uitvragen van afgeleide data, van het toetsingscriterium afgeweken worden. Ook de AVG biedt hier ruimte voor.

Er kunnen praktische redenen zijn om afgeleide data uit te vragen (bijvoorbeeld verschillende systemen waar de één BMI en een ander gewicht en lengte registreert). Ten aanzien van de kwaliteit van de data hebben basisgegevens de voorkeur. Als bij een bepaald onderdeel alleen afgeleide data worden uitgevraagd, kan niet worden herleid of deze juist uit de basisgegevens zijn afgeleid.

33. Het verzamelen van afgeleide informatie heeft ook soms als reden dat je als kwaliteitsregistratie niet buitenproportioneel veel gegevens wilt verzamelen. Bijvoorbeeld alle ruwe data over een lange periode om een gemiddelde te kunnen berekenen. geldt hier ook: comply or explain?

Ja, zie vraag 32 voor een uitleg over 'comply or explain'.

34. Het wetsvoorstel wkkgz zegt 'pseudonimisatie aan de bron' terwijl het criterium zegt 'zo dicht mogelijk aan de bron'. Wat is leidend?

De wet is leidend, maar we kijken naar de Memorie van Toelichting (pagina 4) voor context: *'Op grond van de AVG dient pseudonimisering plaats te vinden in combinatie met andere maatregelen die erop gericht zijn de herleidbaarheid van de gegevens te beperken. Daarom verdient het de voorkeur om de pseudonimisering zo vroeg mogelijk in het proces, liefst aan de bron, te laten plaatsvinden.'*

Wij hebben gekozen voor de bewoordingen 'zo dicht mogelijk aan de bron', omdat er ook een derde partij ingeschakeld kan worden om de data voor een zorgaanbieder te pseudonimiseren. Of dit aan of zo dicht mogelijk aan de bron is, kan een punt van discussie zijn.

35. Perined is een ketenzorg-kwaliteitsregistratie waar koppeling tussen records moet plaatsvinden vanuit verschillende zorgaanbieders, hier zijn herleidbare gegevens voor nodig, omdat er gebruik wordt gemaakt van probabilistische koppeling doordat het niet mogelijk is om direct te koppelen

Met pseudonimisatie is deze koppeling mogelijk. Een van de redenen waarom juist gebruik moet worden gemaakt van pseudonimisatie is dat het nodig kan zijn om vanuit verschillende zorgaanbieders te kunnen koppelen aan één patiënt (zie de geciteerde stukken bij het antwoord op vraag 1).

Ook veel partijen/leveranciers zijn bezig met beveiligde oplossingen hieromtrent. Dit geeft vaak ook meer opties en duidelijkheid rondom identificeerbaarheid van gegevens. Er zijn ook normen voor dienstverleners die pseudonimisatiediensten leveren: NEN7524 en ISO25237.

36. Thema 9 gaat (o.a.) over de NEN-normering. Heeft dit enkel betrekking op de dataverwerker of ook op de registratiehouder?

De NEN-normering is gericht op beheersmaatregelen waarvan is bepaald dat ze geschikt zijn om de beschikbaarheid, integriteit en vertrouwelijkheid van persoonlijke gezondheidsinformatie in de zorg te beschermen en ervoor te zorgen dat de toegang tot dergelijke informatie gecontroleerd en verantwoord kan worden. Deze zijn dus van toepassing op de kwaliteitsregistratie zelf, en daarmee op de registratiehouder. In de praktijk zien we dat veel van de beheersmaatregelen van de norm worden ingevuld door de dataverwerker en niet door de registratiehouder. De dataverwerker kan dan ook een uitstekende ondersteunende rol spelen bij het invullen van de beheersmaatregelen. Er zijn echter ook onderdelen van de normen die logischerwijs door de registratiehouders ingevuld moeten worden.

37. Hebben de verschillende volwassenheidsniveaus gevolgen voor het advies van de DGC voor opname in het kwaliteitsregister en duur van de opname?

De DGC neemt het volwassenheidsniveau per thema mee in haar beoordeling/weging en op basis hiervan brengt zij een advies uit. Hierbij zijn vooral volwassenheidsniveaus 0 en 1 van belang (het niet of wel voldoen aan de minimale vereisten). De DGC hanteert als richtlijn:

- Kwaliteitsregistratie voldoet aan alle minimale vereisten = positief advies tot opname in het kwaliteitsregister voor de maximale opnameduur; hierbij worden tevens ontwikkeladviezen meegegeven
- Kwaliteitsregistratie voldoet niet aan de knock-out-criteria = negatief advies
- Kwaliteitsregistratie voldoet wel aan de knock-out-criteria, maar niet aan alle minimale vereisten = op basis van het type en het aantal toetsingscriteria waaraan de kwaliteitsregistratie niet voldoet en de mate waarin de kwaliteitsregistratie niet voldoet,

wordt de afweging gemaakt of er een negatief advies volgt of een positief advies tot opname in het kwaliteitsregister voor een verkorte opnameduur; in beide gevallen worden ontwikkeladviezen meegegeven.

38. Automatische aanlevering is niet voor alle partijen haalbaar op korte termijn. Hoe wordt hiermee omgegaan?

In de minimale vereisten staat aangegeven dat handmatige aanlevering is toegestaan, mits er ook een optie voor automatische aanlevering aangeboden wordt. Is deze optie niet aanwezig, dan wordt dit als onvoldoende gezien.

39. Wanneer zullen de modelovereenkomsten beschikbaar zijn?

Dat is op dit moment nog niet bekend. Zodra er meer informatie is publiceren we dit op www.ssc-dg.nl.

Advies van de IGC en DGC

40. Wat kan ik doen als mijn kwaliteitsregistratie een negatief advies krijgt?

Zorginstituut Nederland besluit over opname in het kwaliteitsregister voor kwaliteitsregistraties. Wanneer uw kwaliteitsregistratie een negatief advies krijgt van één of beide governancecommissies, kunt u besluiten dit advies nog niet in te dienen bij het Zorginstituut, maar eerst te gaan verbeteren en daarna opnieuw het toetsingsproces te doorlopen.

Het is ook mogelijk om met een negatief advies een aanvraag in te dienen bij het Zorginstituut. Wanneer het Zorginstituut het negatieve advies overneemt en de aanvraag voor inschrijving in het register afwijst, en u van mening bent dat dit onterecht is, kunt u hiervoor bezwaar aantekenen bij het Zorginstituut.

Toetsingsprocedure/toetsingsaanvraag

Wij hebben onderstaande vragen ontvangen over de toetsingsprocedure/toetsingsaanvraag. Het antwoord op deze vragen is momenteel nog niet bekend. Zodra de informatie over de toetsingsprocedure wordt gepubliceerd, publiceren wij ook de antwoorden op onderstaande vragen.

41. Wanneer wordt de toetsingsprocedure opengesteld?

42. Wat is de verwachte doorlooptijd van het toetsingsproces?

43. Hoeveel registraties worden er tegelijk getoetst?

44. Hoe vaak vindt er een nieuwe toetsingsronde plaats?

45. Komt er inzicht in het aantal aanvragen dat al is gedaan?

46. Krijgt de kwaliteitsregistratie de gelegenheid om extra toelichting te geven?

47. Wanneer er binnen één organisatie meerdere kwaliteitsregistraties zijn, moeten deze dan allemaal tegelijk worden getoetst?

48. Wie gaat de toetsing doen en hoe zorg je dat dit bij iedereen op dezelfde manier gebeurt? Je kan de toetsingscriteria niet altijd kwantificeren, ook omdat de bewijslast per kwaliteitsregistratie varieert.

Financiering, opname in het kwaliteitsregister en wetgeving

Tijdens de informatiesessie zijn er diverse vragen gesteld over de financiering na toetsing, opname in het kwaliteitsregister en wetgeving. De processen van de governancecommissies, Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland worden zorgvuldig op elkaar afgestemd. Informatie over de

financiering zal door Zorgverzekeraars Nederland worden gespecificeerd en gecommuniceerd. Informatie over het kwaliteitsregister zal door het Zorginstituut gespecificeerd en gecommuniceerd worden. VWS zal daarnaast de informatie omtrent de wetgeving communiceren. Bij updates zullen de partijen die bij de toetsing zijn betrokken elkaar steeds op de hoogte stellen en verwijzen naar de updates vanuit de betreffende partij. Bijvoorbeeld: Wanneer het Zorginstituut informatie plaatst over het kwaliteitsregister zal onder andere het SSC-DG hiernaar verwijzen en aangeven dat er updates zijn.

Contact

Kunt u uw gestelde vraag niet terugvinden in deze lijst? Of heeft u vragen naar aanleiding van een vraag in dit document? Neem dan contact op met het SSC-DG via info@ssc-dg.nl.