

Inventarisatie ZorgICT 2006

Witte vlekken en risico's

393



INVENTARISATIE



's-Gravenhage, 18 november 2004

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	1
1. Inleiding	7
1.1 ZorgICT	7
1.2 Inventarisatie witte vlekken en risico's	7
1.3 Werkwijze en indeling rapportage.....	8
2. Resultaten ZorgICT 2002 – medio 2004	9
3. Witte vlekken	11
3.1 Ordeningskader.....	11
3.2 Identificerend stelsel	12
3.3 Shared Service Centre (SSC)	14
3.4 Zorg Service Provider	14
3.5 Gebruikersomgevingen	15
3.6 Overige randvoorwaarden.....	15
3.7 Implementatie voorbereiding.....	16
4. Belangrijkste projectrisico's	18
5. Strategische onderwerpen voor korte termijn	22
Bijlage A – Bronnen	24
Bijlage B – Afkortingen	26

Samenvatting

Voor 2006 hebben verschillende partijen in de zorgsector, onder regie van NICTIZ, zich tot doel gesteld om de volgende drie voorzieningen voor ZorgICT te doen realiseren:

- een landelijk elektronisch medicatiedossier (LMD);
- elektronische waarneeminformatie op alle huisartsenposten (WDH);
- een volledig elektronisch declaratieproces (LED).

Momenteel is voor deze ZorgICT sprake van de omschakeling van de ontwerpfase naar de implementatiefase. In deze omschakeling is het proces van afstemming tussen partijen opportuun. VWS heeft hiertoe opdracht gegeven aan mr. J.N. van Lunteren van HEC. Als eerste activiteit voor de afstemming is een inventarisatie van witte vlekken en risico's rond ZorgICT uitgevoerd. De voorliggende rapportage doet daarvan verslag.

Het doel van deze inventarisatie is VWS als opdrachtgever en de andere direct betrokkenen de mogelijkheid te bieden om aanvullende maatregelen te (doen) treffen.

Resultaten ZorgICT

De afgelopen drie jaar is veel bereikt op het terrein van ZorgICT. NICTIZ heeft haar platformfunctie ingevuld en dat heeft geresulteerd in een aantal producten en resultaten. VWS/CIBG heeft delen van de uitvoering ter hand genomen en het bestuursdepartement VWS pakt onder meer de wet- en regelgeving op. Concrete resultaten zijn onder andere behaald op:

- awareness;
- samenhangende visie;
- architectuur;
- standaardisering en normering;
- registers;
- wet- en regelgeving en
- regionale versnellingsprogramma's.

Witte vlekken

In aansluiting op de behaalde resultaten is er in de omschakeling van ontwerp naar implementatie nog veel te doen. Daarbij zijn een aantal witte vlekken te onderkennen: onderwerpen die mogelijk wel al lopen maar waarover nog geen duidelijkheid bestaat of die nog opgepakt dienen te worden.

Voor de patiënten identificatie en overige registers zijn de volgende witte vlekken gesignaleerd:

- *BSN en Wet gebruik BSN in de zorg:* aan de hand van het advies van het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) over de notitie waarborgen BSN in de zorg zal een definitieve beslissing worden genomen. Het feitelijk gebruik van het BSN in de zorg is afhankelijk van de realisatie van de Overkoepelende Beheervoorziening (door BZK) en de Beheervoorziening Zorg.
- *SoFi-AMvB:* VWS heeft een AMvB in voorbereiding om het gebruik van het SoFi-nummer voor een beperkt aantal experimenten met LMD en WDH mogelijk te maken. Het daadwerkelijk kunnen verkrijgen van het SoFi-nummer voor experimenten is nog niet belegd. Ook voor LED-experimenten is een unieke patiënten identificatie noodzakelijk. Vanuit het coördinatiebureau wordt ingeschat dat een verbreding van de SoFi-AMvB kan leiden tot een vertraging bij de besluitvorming over de AMvB.
- *Gebruik BSN in private zorgdomein:* op korte termijn is een standpunt van VWS noodzakelijk voor het gebruik van het BSN met het oog op declaratieverkeer buiten het wettelijk kader (wet BSN (BIG en Kwaliteitswet) en ZVW). Indien VWS besluit dat gebruik van BSN in het private zorgdomein noodzakelijk is, zal een aparte AMvB 'Gebruik BSN Privaat declaratieverkeer' gemaakt moeten worden.
- *Vierde domein:* Eventueel dient een separaat register tot stand gebracht te worden voor identificatie en authenticatie van organisaties in het vierde domein. Het ligt in de rede dat NICTIZ hierbij het voortouw heeft, omdat het om private partijen gaat.
- *UZI:* de (bestuurlijke) implementatiestrategie voor de UZI-pas dient te worden vastgesteld. De besluitvorming over de implementatiestrategie kan plaats vinden in de Stuurgroep ICT van VWS, waarbij wel geborgd moet worden dat de UZI-strategie aansluit op de overall implementatiestrategie. Daarnaast is inmiddels de exploitatie van het UZI-register geregeld.
- *UZOVI:* voor het UZOVI-register moet gewerkt worden aan het authenticeren van zorgverzekeraars door certificaten. Daarnaast dient de exploitatie van het register te worden geregeld.

Voor het Shared Service Centre (SSC) zijn de volgende witte vlekken gesignaleerd:

- *Besluit publieke en private taken:* VWS/CIBG zal zeer binnenkort advies uitbrengen over de aanbesteding van het SSC. Met betrekking tot de routing van berichten is onduidelijkheid ontstaan over de bestuurlijke verantwoordelijkheid (publiek of privaat). Het coördinatiebureau zal kort na het uitkomen van het VWS/CIBG-advies een bijeenkomst organiseren om met deskundigen besluitvorming over de scheiding van taken te faciliteren.
- *Opdracht tot en uitvoering van aanbesteding:* het antwoord op de vraag of het publieke of private taken betreft, heeft consequenties voor de opdracht tot aanbesteding. Verder dient bepaald te worden wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van de aanbesteding.

Wij hebben vooralsnog weinig informatie over de werking en totstandkoming van *Zorg Service Providers (ZSP)*. Daarmee is het inzicht in ZSP's een witte vlek. Voor de *gebruikersomgevingen* is als witte vlek gesignaleerd het ontbreken van een strategie op hoofdlijnen voor implementatie in proefomgevingen.

Met betrekking tot de overige randvoorwaarden zijn de volgende witte vlekken gesignaleerd:

- *Algemene besluitvorming en bestuurlijke afstemming*: voor onderwerpen als de overall implementatiestrategie, verplichtingen versus stimuleringsmaatregelen wordt een greemium voor besluitvorming gemist. Daartoe kan periodiek bestuurlijk overleg tussen NICTIZ en VWS worden opgezet.
- *Vaststellen architectuur*: op basis van de audit naar de architectuur kan het NICTIZ-bestuur de architectuur eventueel opnieuw vaststellen.
- *Stimulering en verplichting UZI / LMD / WDH / LED*: allereerst dient de verplichting tot het gebruik van LMD, WDH en LED te worden geregeld. VWS verstaat onder verplichting het opnemen in beroepsregels van zorgaanbieders (professionele standaarden), opnemen in contracten van verzekeraars met zorgaanbieders (financiële prikkels), opnemen in regelgeving (AMvB). Daarnaast moeten mogelijk in de implementatiestrategie aanvullende maatregelen opgenomen worden om de implementatie van LMD / WDH / LED te stimuleren.
- *Kritieke pad analyse*: Hoewel inmiddels redelijk duidelijk is welke activiteiten op het kritieke pad liggen, wie deze moet uitvoeren en wat de verbanden tussen deze activiteiten zijn, is er nog beperkt inzicht in de bijbehorende inspanningen en tijdslijnen. De planningen zijn soms (nog) niet beschikbaar door onderlinge afhankelijkheden en open einden of nog niet geverifieerd (bij derden resp. door middel van een bottom up planning). Hierdoor is het niet mogelijk om de verschillende kritieke pad activiteiten op een betrouwbare manier als keten in de tijd te zetten en zijn de gevolgen van eventuele vertragingen (nog) niet door te berekenen. Daardoor is het ook niet mogelijk om uitspraken te doen over de haalbaarheid van de doelen voor 2006.
- *Eenduidig begrippenkader*: het is wenselijk te zorgen voor een eenduidig begrippenkader zodat alle partijen dezelfde taal spreken.

Voor de implementatievoorbereiding zijn de volgende witte vlekken gesignaleerd:

- *Goed beheerde zorgsystemen (GBZ)*: verwacht wordt dat niet alle zorgverleners in 2006 kunnen voldoen aan de GBZ-eisen. Met het oog daarop werkt NICTIZ een fasering uit. Certificering en toezicht dienen nog vorm gegeven te worden. NICTIZ zal in de plannen voor 2005 / 2006 een certificeringstraject opnemen. Aanvullend moeten mogelijk voor GBZ'n eisen gesteld te worden aan de validering van de behandelovereenkomst van de informatievragers en validering van het dossier behorende bij de patiënt.
- *Implementatie en migratie*: een migratiestrategie voor zorginstellingen om technisch te kunnen aansluiten op de landelijke infrastructuur is nog niet voorhanden. De stichting OZIS zal ultimo 2004 een migratieplan opleveren aan NICTIZ. Bovendien is een (aparte) implementatieorganisatie nodig om alle

ontwikkelingen feitelijk te coördineren. Het is nog niet duidelijk op welke wijze deze implementatieorganisatie wordt vormgegeven.

- *Specificaties voor systeemaanpassingen:* voor het aanpassen van de systemen van zorgverleners en zorgverzekeraars zullen de specificaties van de nieuwe infrastructurele voorzieningen bekend moeten zijn. Niet duidelijk is op welke termijn welk type specificaties benodigd en beschikbaar zijn voor systeemleveranciers.

Risico's

De *verwachtingen* rond ZorgICT voor 2006 zijn hooggespannen. Wij constateren dat de gehanteerde doelstellingen verschillend geïnterpreteerd worden, waardoor onduidelijk is wanneer het project geslaagd is. Dit houdt een hoog afbreukrisico in omdat op deze wijze de verwachtingen irreëel hoog kunnen blijken te zijn.

Vanuit het beleid bezien is een forsé dosis ambitie gezond en is het genereren van druk noodzakelijk om partijen actief te krijgen en te houden. Vanuit de uitvoering bezien kan een te hoog ambitieniveau contraproductief zijn. Daarom is het na de vaststelling van het kritieke pad wenselijk de doelstellingen, zowel inhoudelijk als in de tijd gezien, opnieuw vast te stellen.

Uit gesprekken met de regio's en leveranciers zien wij het als een reëel risico dat regio's, die niet willen wachten op de landelijke voorzieningen en hun eigen lijn uitzetten in 2005, niet in staat zullen zijn om via het SSC te communiceren met andere regio's. Om dit te ondervangen is afstemming tussen NICTIZ en deze regio's gewenst. Daarbij moet de focus liggen op de te bereiken aansluiting van de verschillende door de regio's gekozen oplossingen, zonder steeds inhoudelijk deze oplossingen of de NICTIZ-architectuur ter discussie te stellen.

In de huidige situatie *ontbreken verplichtingen of stimuleringsmaatregelen* voor de partijen in het veld om daadwerkelijk de ZorgICT te gaan gebruiken. Vooralsnog gebeurt de implementatie van UZI en UZOVI op basis van vrijwilligheid. Daarbij komt, dat de kosten en de baten niet steeds samenvallen. In verband met de doorlooptijden van regelgeving verdient de uitwerking van verplichtingen en eventuele aanvullende stimuleringsmaatregelen op korte termijn aandacht.

Het thans nog ontbreken van een betrouwbare planning van *het kritieke pad* is een ernstig risico. Bijkomend risico is dat nog gewerkt wordt aan de uitwerking van de implementatiestrategie op basis waarvan de verschillende pilots, implementatiestappen en de ketentest met elkaar kunnen worden afgestemd. Doordat zowel kritieke tijdpad als implementatiestrategie nog vervolledigd moeten worden, kan moeilijk worden gecommuniceerd welke infrastructurele middelen wanneer beschikbaar (moeten) zijn.

De *continuïteit van NICTIZ* na 2006 is niet geborgd. Tegelijkertijd dient nog veel werk te worden verzet. Dit leidt tot twee risico's:

- verdwijnen van een essentiële platformfunctie voor de vraagbundeling;

- instabiele NICTIZ- organisatie in 2005 en 2006.

Daarom dient uiterlijk in het eerste kwartaal van 2005 duidelijkheid geschapen te worden over de toekomstige vormgeving van de platformfunctie.

Daarnaast is de onderlinge *communicatie en besluitvorming* tussen VWS en NICTIZ punt van aandacht. Momenteel bestaat geen besluitvormend overleg. Hierdoor ontstaat het risico dat openstaande onderwerpen niet tijdig worden afgestemd en verwachtingen niet gezamenlijk worden gemanaged. Dit kan leiden tot verschil in communicatie waar momenteel helderheid richting het veld is geboden.

Tot slot is er een risico gelegen in *interferentie* van andere majeure projecten in de zorg met de implementatie van ZorgICT. Ontwikkelingen zoals de invoering van de DBC's en de ZVW kunnen gevolgen hebben voor de mate van prioriteit die ZorgICT krijgt bij zorgaanbieders.

Strategische onderwerpen voor de korte termijn

Op basis van de witte vlekken en risico's komen wij tot de volgende strategische onderwerpen die op korte termijn opgepakt moeten worden respectievelijk tot uitsluitel moeten leiden. De onderwerpen zijn geordend naar volgorde van de rapportage en niet naar prioriteit.

	Strategische onderwerpen	Verantwoordelijke
1.	Besluitvorming over het toepassen van BSN in de zorg <ul style="list-style-type: none"> • unieke persoonsidentificatie zolang BSN er niet is; • operationaliseren van de SoFi-AMvB in 2005; • aansluiten op experimenten met OBV-stelsel; • standpunt gebruik BSN in het private zorgdomein. 	VWS
2.	Opstellen van plan van aanpak voor 4 ^{de} domein: <ul style="list-style-type: none"> • identificatie en authenticatie van 4^{de} domein; • taak private sector. 	NICTIZ
3.	Besluitvorming over de private en publieke taken van het SSC en gevolgen voor toezicht en certificering.	VWS
4.	Vaststellen van de ontwikkeling van het landelijk schakelcentrum, zowel inhoudelijk als procedureel: <ul style="list-style-type: none"> • relatie tussen SBV en SSC; • vaststellen PvE aanbesteding (31-10-04) o.a. incl. wat landelijk wat regionaal; • businessmodel SSC. 	VWS + CIBG + NICTIZ
5.	Vormgeven van periodiek en formeel besluitvormingsoverleg voor ZorgICT en bestuurlijke afstemming	VWS + NICTIZ
6.	Ontwikkelen van verplichtingen en/of stimuleringsmaatregelen voor toepassen van ZorgICT in de praktijk. Bestuurlijke verankering van de verplichting tot het gebruik van het EPD en planning van het traject van verplichting en overleg met beroepsgroep (VWS). NICTIZ moet aangeven voor welke zaken men een verplichting nodig heeft.	VWS NICTIZ

	Strategische onderwerpen	Verantwoordelijke
7.	Beschikbaar stellen van een overall implementatieplan op basis van de strategie (zie onder 8) dat de samenhang tussen de activiteiten aangeeft: tijd, volgorde, organisatie (implementatietaskforce), commitment koepels, communicatie etc.	NICTIZ + CIBG + VWS
8.	In overleg met betrokken partijen uitwerken van een strategie voor de implementatie in proefomgevingen: <ul style="list-style-type: none"> • uitrol implementatie UZI 2005 (CIBG); • uitrol regionale LMD en WDH 2e helft 2005 (regio's); • regionale pilots (6 test sites) voor de landelijke basisinfrastructuur in 2005 (NICTIZ); • aansluiten pilots BSN/SBV 2e helft 2005 (BZK/VWS); • omgang met private initiatieven. 	NICTIZ
9.	Opstellen programma van eisen voor regio's.	NICTIZ
10.	Herformuleren doelstellingen 2006 voor ZorgICT en vormgeving verwachtingsmanagement op basis van kritieke pad analyse.	VWS + NICTIZ
11.	Verhelderen rollen VWS / NICTIZ en voorbereiden fase overgang binnen organisatie NICTIZ	Van Lunteren
12.	Vaststellen van het financieringsmodel voor de verschillende elementen van de basisinfrastructuur (BSN, UZI, UZOVI, LOG, AUT, ROUT, VWX), zowel invoering als exploitatie, mede op basis van besluitvorming private en publieke taken (zie onder 3). Op korte termijn in ieder geval oplossen voor invoering UZI: tarifiering pas en kaartlezer.	VWS

1. Inleiding

1.1 ZorgICT

Voor 2006 hebben verschillende partijen in de zorgsector, onder regie van NICTIZ, zich tot doel gesteld om de volgende drie voorzieningen te realiseren als eerste stap in het verwezenlijken van een brede en effectieve toepassing van ZorgICT:

- een landelijk elektronisch medicatiedossier (LMD);
- elektronische waarneeminformatie op alle huisartsenposten (WDH);
- een volledig elektronisch declaratieproces (LED).

Voor de realisatie van ZorgICT zijn acties nodig van diverse partijen, zowel landelijk als regionaal en zowel publiek als privaat noodzakelijk: zorgaanbieders, zorgverzekeraars, uitvoeringsorganisaties, belangenorganisaties van cliënten, brancheorganisaties, zorgregio's, leveranciers van zorgsystemen, VWS, VWS/CIBG en NICTIZ.

Momenteel is voor ZorgICT sprake van de overgang van de ontwerpfase naar implementatiefase. In deze overgang is het proces van afstemming tussen partijen opportuun. VWS heeft hiertoe opdracht gegeven aan mr. J. N. van Lunteren, senior consultant bij HEC. De heer Van Lunteren wordt ondersteund door een coördinatiebureau met daarin medewerkers van HEC, VWS, NICTIZ en de voorzitter van de klankbordgroep Registers.

1.2 Inventarisatie witte vlekken en risico's

In het kader van het proces van afstemming heeft de heer Van Lunteren van VWS opdracht gekregen tot het uitvoeren van een inventarisatie van witte vlekken en risico's rond ZorgICT en het rapporteren hierover. De uitvoering van de inventarisatie en de voorbereiding van de rapportage is gebeurd door het coördinatiebureau.

Het doel van deze inventarisatie is VWS als opdrachtgever en de overige direct betrokkenen de mogelijkheid te bieden om aanvullende maatregelen te (doen) treffen.

De voorliggende rapportage bevat het verslag van onze bevindingen uit de inventarisatie. In een volgende rapportage zullen wij nader ingaan op de consequenties voor de inrichting van de overall projectstructuur en de rollen van de verschillende betrokken partijen.

1.3 Werkwijze en indeling rapportage

De inventarisatie heeft plaatsgevonden op basis van documentanalyse en gesprekken door HEC met direct betrokkenen en partijen in het zorgveld (zie ook bijlage A). Daarnaast zijn de resultaten meegenomen van een "heidag" die HEC tezamen met enkele direct betrokkenen op 7 oktober 2004 heeft gehouden. De inventarisatie is nagenoeg afgerond. Door de betrokken organisaties worden eind oktober de definitieve plannings voor 2005 aangeleverd, zodat de kritieke pad analyse thans nog niet is afgerond.

In hoofdstuk twee starten wij met het beschrijven van de belangrijkste reeds behaalde resultaten op het gebied van de ZorgICT. Vervolgens gaan we in hoofdstuk drie in op de activiteiten die momenteel lopen of die nog in gang gezet moeten worden, de zogenaamde witte vlekken. In hoofdstuk vier beschrijven wij de belangrijkste risico's. Afsluitend wordt in hoofdstuk vijf een beperkt aantal strategische onderwerpen benoemd die op korte termijn opgepakt moeten worden.

2. Resultaten ZorgICT 2002 – medio 2004

De afgelopen drie jaar is veel bereikt op het terrein van ZorgICT. NICTIZ heeft haar platformfunctie ingevuld en dat heeft geresulteerd in een groot aantal producten en resultaten. VWS/CIBG heeft mede de uitvoering ter hand genomen en het bestuursdepartement VWS pakt onder meer de wet- en regelgeving op. Zonder volledig te willen zijn of bepaalde resultaten te niet te willen doen, noemen we hieronder enkele highlights.

Awareness

In het veld is de awareness voor ZorgICT toegenomen. Cliënten, aanbieders en zorgverzekeraars zien steeds duidelijker het belang van ICT voor kwaliteit en efficiëntie in de zorg. Dit mede door resultaten van een aantal onderzoeken naar de kwaliteit van de zorg. Daarnaast werkt NICTIZ met de koepelorganisaties aan het verspreiden van kennis en het creëren van draagvlak door het organiseren van bijeenkomsten, publicitaire uitingen, het deelnemen aan congressen en het beschikbaar stellen van een kennisbank op de website van NICTIZ. Overigens heeft ook de invoering van productfinanciering in de zorg (DBC's) bijgedragen aan de toepassing van ICT in de zorg.

Samenhangende visie

NICTIZ heeft in samenwerking met de deelnemende koepelorganisaties een samenhangende visie ontwikkeld op de inzet van ICT ter optimalisering van zorgprocessen. Daarbij is een keuze gemaakt voor een drietal speerpunten: het landelijk medicatie dossier, landelijk waarneemdossier huisartsen en elektronisch declareren. NICTIZ wordt breed gezien als een organisatie die een verandering in de zorgsector tot stand brengt door regionaal en landelijk vraag- en aanbodpartijen bij elkaar te brengen.

Architectuur

NICTIZ heeft een "specificatie basisinfrastructuur in de zorg" opgesteld plus bijbehorend "architectuurontwerp". Daarbij is in eerste instantie uitgegaan van de processen rond het medicatiedossier en enkele (andere) speerpunten van NICTIZ. Specificaties en architectuur zijn afgestemd met en getoetst door een groot aantal partijen waaronder leveranciers en universiteiten. Ook is gekeken naar ontwikkelingen in het buitenland en "Europa". Een aantal leveranciers heeft een "proof of concept" van deze architectuur uitgevoerd op het EMD-congres van 8 oktober jl. Eerder (Medisch Informatica Congres 2003) heeft NICTIZ met medewerking van diverse ZorgICT leveranciers een demonstratie gegeven van de koppeling van medicatieberichten.

Standaardisering en normering

Er is een norm informatiebeveiliging in de zorg (NEN7510) die door het NEN toetsbaar wordt gemaakt. Daarnaast werkt het NEN aan een norm voor de vertrouwensfunctie. Daarbij wordt het CIBG-model (rond UZI) als het hoogste niveau van vertrouwen gehanteerd. Op het gebied van standaardisatie en normering heeft NICTIZ de keuze gemaakt voor de standaard HL7V3 ten behoeve van het elektronische berichtenverkeer en dit uitgewerkt in implementatiehandleidingen. Leveranciers zijn begonnen met het realiseren van vertalers van huidig in gebruik zijnde standaards naar HL7V3.

Registers en autorisatie

VWS/CIBG heeft diverse ontwikkelactiviteiten uitgevoerd ten behoeve van het register voor de unieke identificatie en authenticatie van zorgverleners (UZI, operationeel verwacht begin 2005). Voor de unieke identificatie van zorgconsumenten is besluitvorming in voorbereiding voor toepassing van het Burger Service Nummer in de zorg. Vektis is bezig met de ontwikkeling van het register voor de unieke identificatie van zorgverzekeraars (UZOVI).

In samenwerking met de koepelorganisaties KNMG, OMS, KNMP en NPCF heeft NICTIZ onderzoeken verricht naar de haalbaarheid van het voorstel voor de autorisatie van gebruikers, rekening houdend met de WGBO en WBP. Momenteel wordt gewerkt aan het inrichten en het houden van toezicht rondom de beveiliging en toegang binnen de gehele AORTA.

Wet- en regelgeving

De Wet gebruik BSN in de zorg is in voorbereiding en er wordt gewerkt aan een AMvB die het mogelijk maakt om voor experimenten, vooruitlopend op de invoering van het BSN, in 2005 het SoFi-nummer te gebruiken voor LMD / WDH. Ook heeft VWS een start gemaakt met de nadere uitwerking van de benodigde wet- en regelgeving om een voldoende en correct gebruik van ICT in de zorg af te kunnen dwingen ten einde de beoogde winst in doelmatigheid en kwaliteit te bereiken. Verplichting wordt door VWS gezien als een mix van maatregelen in de beroepsregels van beroepsbeoefenaars, in contacten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders en tenslotte mogelijk wetgeving als sluitstuk.

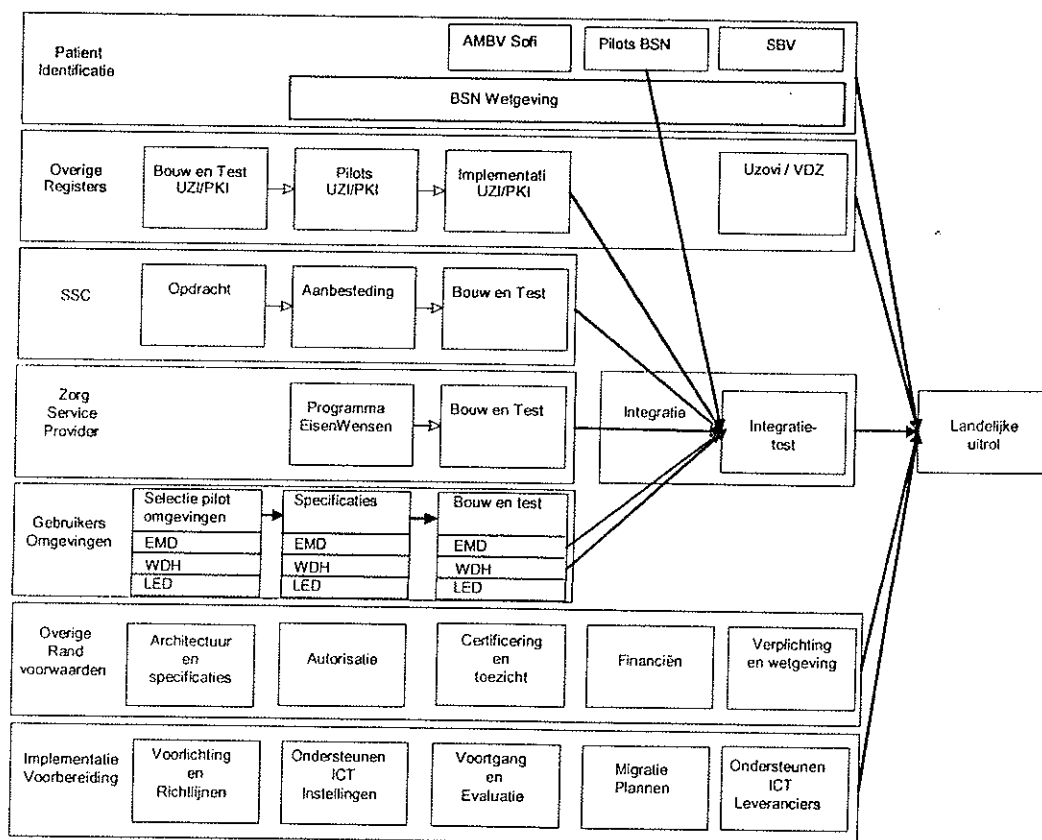
Regionale versnellingsprogramma's

Ter voorbereiding en ondersteuning van de implementatie van de landelijke basisinfrastructuur heeft NICTIZ een regionaal versnellingsprogramma opgezet waarin vijf regio's een extra impuls hebben ontvangen bij de implementatie van een regionaal medicatiedossier.

3. Witte vlekken

3.1 Orderingskader

Met erkenning van de behaalde resultaten moet worden vastgesteld dat er in de omschakeling van ontwerp naar implementatie nog veel te doen is. In de onderstaande figuur zijn de activiteiten voor ZorgICT weergegeven, gebaseerd op een schema van NICTIZ¹. Dit schema is aangevuld met enkele extra activiteiten, zoals de BSN-wetgeving en de zorgtoepassingen. Dit model hanteren wij als kader voor het duiden van witte vlekken, omdat het een overzicht geeft van de benodigde activiteiten en hun samenhang op hoofdlijnen.



¹ Zie onder andere presentatie Nictiz, Voortgang landelijke implementatie, 14 oktober 2004.

Overigens is in de praktijk de uitvoering van complexe projecten minder ordelijk en sequentieel dan het rationele beeld dat door dit type schema wordt gesuggereerd. Daardoor zal de werkelijkheid van de ZorgICT minder geordend zijn dan het bovenstaande figuur veronderstelt.

In de hierna volgende paragrafen worden aan de hand van de figuur de belangrijkste witte vlekken beknopt weergegeven. De afgelopen maand is een aantal van deze witte vlekken tijdens de inventarisatie onderkend door de betrokken organisaties. In diverse gevallen wordt hier reeds actie op genomen, maar is deze nog niet afgerond.

3.2 *Identificerend stelsel*

De patiëntidentificatie, het UZI-register en het UZOVI-register vormen samen de basis van het identificerend stelsel.

BSN en Wet gebruik BSN in de zorg

De Werkgroep Sectorale Vertrouwensfunctie in de zorg heeft recent de notitie "Waarborgen voor het gebruik van het BSN in de zorg" voorgelegd aan het CBP. Het CBP zal volgens planning voor 30 november 2004 advies uitbrengen op deze notitie. VWS bepaalt na het uitkomen van het advies of de Wet gebruik BSN in de zorg wordt ingediend. Op basis van een experimenteel artikel in de WBP kunnen medio 2005 een beperkt aantal experimenten in de zorg worden uitgevoerd wanneer tevens de ontwikkeling van de OBV en SBV volgens planning in de testfase is aangekomen. De planning van BZK voor het realiseren van de OBV - en daarmee het daadwerkelijk beschikbaar krijgen van het BSN via OBV / SBV - is ambitieus. Daarom kan VWS niet volstaan met het zonder meer overnemen van de planning van BZK. Dit is belangrijk voor de ketentesten. Voor het gebruik van het BSN in de zorgsector wordt door VWS/CIBG de Sectorale Beheer Voorziening (SBV) ontwikkeld. VWS/CIBG onderzoekt momenteel de haalbaarheid om SSC en SBV te integreren.

SoFi-AMvB

NICTIZ heeft aangegeven dat voor de experimenten met het LMD en WDH in 2005 het SoFi-nummer als unieke patiënt identificatie noodzakelijk is. VWS heeft een AMvB in voorbereiding om het gebruik van het SoFi-nummer voor deze experimenten juridisch te regelen. De doorlooptijd voor het goedgekeurd krijgen van de AMvB is mede afhankelijk van het besluitvormingstraject van het CBP op de notitie Waarborgen voor het gebruik van het BSN in de zorg.

Indien het SoFi-nummer gebruikt mag worden voor experimenten met het LMD en WDH moeten de zorgverleners ook daadwerkelijk het SoFi-nummer kunnen verkrijgen. Het daadwerkelijk kunnen verkrijgen en gebruiken van het SoFi-nummer voor de experimenten is nog niet belegd.

Ook voor LED-experimenten is een unieke patiënten identificatie noodzakelijk. In principe is gekozen voor de zogenaamde minimale dataset (van persoonsidentificerende gegevens). In latere instantie is gevraagd de SoFi-AMvB ook van toepassing te maken voor LED. Vanuit het coördinatiebureau wordt ingeschat dat een dergelijke verbreding van de AMvB kan leiden tot vertraging van het beschikbaar komen van de AMvB, doordat extra waarborgen worden gevraagd voor het gebruik van het SoFi-nummer.

Vierde domein

Het vierde domein bestaat uit zorgverleners die niet zijn opgenomen in het register van zorgverleners, zoals leveranciers van orthopedische hulpmiddelen en taxibedrijven. Met name voor het LED speelt het vraagstuk van het gebruik van het BSN in dit vierde domein.

Voor identificatie en eventueel authenticatie in het vierde domein dient mogelijk een separaat register tot stand gebracht te worden. In het veld is thans geen partij die het tot zijn natuurlijke taak rekent om het register vorm te geven. Het ligt in de rede dat NICTIZ het voortouw hiervoor neemt, omdat het private partijen betreft.

Gebruik BSN in private zorgdomein

Organisaties in het vierde domein kunnen momenteel geen gebruik maken van het BSN. Zorgverzekeraars achten dit wel noodzakelijk. Inmiddels is helder dat VWS voor het de zorgaanbieders in het wettelijk domein (Wet BSN in de zorg (BIG en Kwaliteitswet) en ZVW) voorziet in het gebruik BSN... Voor zorgaanbieders die buiten het wettelijk domein is dit nog open. Indien VWS besluit dat het gebruik van het BSN in het private zorgdomein wenselijk is, zal een aparte AMvB gemaakt moeten worden. Deze AMvB zal voor advies moeten worden voorgelegd aan het CBP en de Raad van State.

UZI

VWS/CIBG heeft het UZI-register vormgegeven. De (bestuurlijke) implementatiestrategie voor de UZI-pas dient te worden vastgesteld. Daarbij zijn cruciale aspecten:

- de te hanteren criteria voor succes
- de selectie van zogenaamde hot spots
- de tarifiering en financiering van de UZI-pas;
- de koppeling te maken met functionaliteiten en applicaties in de zorgpraktijk;
- de samenhang met bouw en testen van LMD en WDH.

De besluitvorming over de implementatiestrategie kan plaatsvinden in de Stuurgroep ICT van VWS. VWS/CIBG en NICTIZ onderzoeken gezamenlijk de implementatiestrategie. De implementatie van UZI wordt integraal opgenomen in de implementatieplannen van NICTIZ.

Tussen VWS/CIBG en NICTIZ is bilateraal overleg over de technische specificaties van de UZI-pas voor applicaties. Tenslotte dient op korte termijn de exploitatie van het UZI-register te worden geregeld. VWS heeft dit inmiddels uitgevoerd.

UZOVI

Voor het UZOVI-register moet gewerkt worden aan het authenticeren van zorgverzekeraars door certificaten. Er is een verschil tussen het register van zorgverzekeraars in de concept-wet en het UZOVI-register. Daarnaast dient – parallel aan het UZI-register – de exploitatie van het UZOVI-register te worden geregeld.

3.3 Shared Service Centre (SSC)

Het begrip SSC omvat in de stukken van NICTIZ verschillende functionaliteiten waaronder logging, autorisatie, verwijzindex en routeringsinstituut.

Besluit publieke en private taken

VWS/CIBG heeft opdracht gekregen te adviseren over de aanbesteding van het SSC. In deze opdracht is mede aandacht gevraagd voor het onderscheid tussen publieke en private taken. Op het punt van de routing van berichten is hier onduidelijkheid over ontstaan. Daarbij is vooral vanuit bestuurlijk perspectief relevant wie 'eigenaar' is.

De scheiding tussen publieke en private taken is cruciaal voor de verdere aanbesteding van het SSC. Het coördinatiebureau zal op zeer korte termijn na het uitkomen van het VWS/CIBG-advies een bijeenkomst organiseren om met uitgenodigde deskundigen inzicht te krijgen in de modaliteiten met betrekking tot de scheiding van publieke en private taken van het SSC.

Het antwoord op de vraag of het publieke of private taken betreft heeft consequenties voor de opdracht tot aanbesteding. Verder dient bepaald te worden wie verantwoordelijk is voor de uitvoering van de aanbesteding.

Opdracht en uitvoering aanbesteding

NICTIZ heeft het programma van eisen voor de aanbesteding opgesteld. Dit programma wordt in opdracht van VWS geaudit door een externe partij.

3.4 Zorg Service Provider

De Zorg Service Providers (ZSP) zijn private partijen die commerciële diensten aanbieden, zoals datacommunicatie. NICTIZ heeft samen met de belangrijkste ZSP's een set van eisen samengesteld met daarin de eisen waaraan deze dienstenaanbieders dienen te voldoen. Na toetsing van de set van eisen in de praktijk wordt een certificeringstraject opgezet.

Wij hebben vooralsnog weinig informatie over de werking en totstandkoming van de ZSP's. Daarmee is het inzicht in de ZSP's een witte vlek. Afhankelijk van de keuze met betrekking tot private en publieke taken bij het SSC (zie paragraaf 3.3) kan wellicht het vraagstuk van routing onderdeel gaan uitmaken van de ZSP.

3.5 Gebruikersomgevingen

Onder de gebruikersomgevingen wordt hier verstaan de zorginformatiesystemen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In en rondom deze systemen moeten aanpassingen worden doorgevoerd voor de invoering van LMD, WDH en LED.

Strategie voor implementatie in proefomgevingen

Voor LMD en WDH zal de implementatie eerst in proefomgevingen plaatsvinden. Voor elke zorgtoepassing afzonderlijk wordt door NICTIZ eind oktober een implementatieplan opgeleverd.

De strategie op hoofdlijnen rond deze implementatie in proefomgevingen dient nog met betrokken partijen vastgesteld te worden. Aspecten die daarin aan de orde zijn:

- de visie op de implementatie in proefomgevingen binnen de algehele implementatie;
- de doelstellingen van de implementaties in proefomgevingen;
- de samenhang met pilots van UZI en LED;
- de wijze van benaderen en selecteren van regio's;
- de concrete ondersteuning van regio's.

3.6 Overige randvoorwaarden

Algemene besluitvorming en bestuurlijke afstemming

Voor de implementatie van ZorgICT zijn VWS (inclusief CIBG) en NICTIZ sterk van elkaar afhankelijk. Voor onderwerpen als de overall implementatiestrategie, financiering- en stimuleringsmaatregelen wordt een gremium voor besluitvorming gemist. Daartoe kan een periodiek bestuurlijk overleg tussen VWS en NICTIZ worden opgezet.

Vaststellen architectuur

De opdracht voor een audit op de architectuur van NICTIZ is door VWS gegund. Op basis van de audit kunnen nog wijzigingen in de architectuur en specificaties optreden. Daarnaast wordt de relatie tussen de architectuur en de LED onderzocht. Op basis daarvan kan het NICTIZ-bestuur de architectuur eventueel opnieuw vaststellen.

Financiën en verplichting UZI / LMD / WDH / LED

De businesscase voor LED geeft weer dat de baten te verwachten zijn bij partijen die ook de lasten dragen. Voor LMD en WDH is in de businesscases zichtbaar dat de partijen die moeten investeren niet direct financiële baten zullen ontvangen. Tegelijkertijd zijn de partijen die moeten investeren wel verantwoordelijk voor de kwaliteit van zorg. LMD en WDH zijn daarvoor belangrijke instrumenten. Het financieren van de ZorgICT in het veld kan daardoor complex worden. Daartoe dient een financieringsmodel te worden ontwikkeld. Daarnaast dient de verplichting van het gebruik van LMD en WDH te worden geregeld. VWS verstaat onder verplichting het opnemen in beroepsregels van zorgaanbieders (professionele standaarden), opnemen in contracten van zorgverzekeraars met zorgaanbieders (financiële prikkels) en het opnemen in regelgeving (AMvB). Ten slotte kunnen in de implementatiestrategie aanvullende maatregelen opgenomen worden om de implementatie van LMD / WDH / LED te stimuleren.

Kritieke pad-analyse

Hoewel inmiddels redelijk duidelijk is welke activiteiten op het kritieke pad liggen, wie deze moet uitvoeren en wat de verbanden tussen deze activiteiten zijn, is er nog beperkt inzicht in de bijbehorende inspanningen en tijdslijnen. De planningen zijn soms (nog) niet beschikbaar door onderlinge afhankelijkheden en open einden of nog niet geverifieerd (bij derden resp. door middel van een bottom up planning). Hierdoor is het niet mogelijk om de verschillende kritieke pad activiteiten op een betrouwbare manier als keten in de tijd te zetten en zijn de gevolgen van eventuele vertragingen (nog) niet door te berekenen. Ook is het dan niet te onderbouwen in hoeverre de doelstellingen realistisch in de tijd gezet zijn.

Eenduidig begrippenkader

In de loop van de tijd zijn er veel verschillende begrippen ontstaan die elkaar soms overlappen. Denk daarbij aan de begrippen rond de verwijsindex zoals Landelijk Schakel Punt, Shared Service Center, Landelijk Schakel Centrum. Ook is er verwarring in het gebruik van de termen voor het testen en piloteren van de zorgtoepassingen. Het is wenselijk om te zorgen voor een eenduidig begrippenkader zodat iedereen dezelfde taal spreekt.

3.7 Implementatie voorbereiding

Goed beheerde zorgsystemen

Zorgsystemen mogen alleen op de basisinfrastructuur worden aangesloten als wordt voldaan aan een aantal eisen. Een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ) is een ICT-voorziening van een zorgpartij die voldoet aan deze eisen. De partijen die in de integratietest participeren dienen een goed beheerd zorg systeem te hebben. Daarnaast zal veel voorbereiding bij zorgpartijen noodzakelijk zijn om voor de landelijk uitrol een GBZ te hebben.

Verwacht wordt dat niet alle zorgverleners in 2006 kunnen voldoen aan de GBZ-eisen. Derhalve werkt NICTIZ een fasering uit. Het is nog niet duidelijk hoe zich dit

verhoudt tot het initieel verkrijgen van het BSN (lagere eisen te stellen aan een zorgsysteem dan bij het uitwisselen van medisch inhoudelijke gegevens). De invulling van certificering en het toezicht op de GBZ is nog niet duidelijk. NICTIZ zal in de plannen voor 2005 / 2006 een certificeringstraject opnemen.

Aanvullend moeten mogelijk voor GBZ'n eisen gesteld te worden aan de validering van de behandelovereenkomst van de informatievragers en validering van het dossier behorende bij de patiënt.

Implementatie en migratie

Om van de ist- naar de soll-situatie te komen, is als migratiepad afgesproken om via regionale (fase 1) naar landelijke (fase 2) implementatie over te gaan. De technische ontwikkeling bij veel zorginstellingen is echter nog niet toereikend om aan te kunnen sluiten op een landelijke implementatie. Om op dit niveau te komen is een migratiestrategie noodzakelijk, maar nog niet voorhanden. NICTIZ zal moeten aangeven welke onderdelen van de architectuur harde of zachtere eisen zijn met daarbij de migratiepaden die veldpartijen kunnen volgen om in aanmerking te komen tot het predikaat GBZ. De stichting OZIS zal ultimo 2004 een migratieplan opleveren waarin staat op wat voor manier en in welke stappen van de bestaande operationele omgeving gemigreerd kan worden naar de soll-situatie.

Ook is een (aparte) implementatieorganisatie nodig om alle ontwikkelingen feitelijk te coördineren. NICTIZ treft hiertoe voorbereidingen voor een implementatie taskforce. Nog niet duidelijk is op welke wijze deze implementatie organisatie wordt vormgegeven.

Specificaties voor systeemaanpassingen

Voor het aanpassen van de systemen van zorgverleners en zorgverzekeraars zullen de specificaties van de nieuwe infrastructurele voorzieningen bekend moeten zijn. Bijvoorbeeld de specificaties voor de UZI-kaartlezer. Niet duidelijk is op welke termijn welk type specificaties benodigd en beschikbaar zijn voor systeemleveranciers om hun systemen tijdig aan te kunnen passen.

4. Belangrijkste projectrisico's

In dit hoofdstuk geven wij de belangrijkste projectrisico's weer. De risico's zijn met name gericht op de implementatiemogelijkheden in het zorgveld.

1. Verwachtingen en doelstellingen

De *verwachtingen* rond ZorgICT voor 2006 zijn hooggespannen. Wij constateren dat de gehanteerde doelstellingen verschillend geïnterpreteerd worden, waardoor onduidelijk is wanneer het project geslaagd is. Dit houdt een hoog afbreukrisico in omdat op deze wijze de verwachtingen irreëel hoog kunnen blijken te zijn.

In extremo zou het zelfs kunnen gebeuren dat partijen zich onder druk genoodzaakt voelen tot het nemen van maatregelen die ongewenst of incorrect zijn, zoals het "abusievelijk" gebruik van het SoFi-nummer.

Vanuit het beleid bezien is een forse dosis ambitie gezond en is het genereren van druk nodig om partijen actief te krijgen en te houden noodzakelijk. Vanuit de uitvoering bezien kan een te hoog ambitieniveau contraproductief zijn. Daarom is het na de vaststelling van het kritieke pad wenselijk de doelstellingen, zowel inhoudelijk als in de tijd gezien, opnieuw vast te stellen.

Uiteraard dient de voortgang van implementatie zo concreet mogelijk gemeten te worden (bijv. harde aantallen of percentages) en bij voorkeur in termen van gebruik (dus niet in termen van bijvoorbeeld technische aansluiting of aantal uitgereikte uzi-passen). Het monitoren van de voortgang in termen van percentages is prima voor het werkproces, maar deze als projectdoelstelling voor NICTIZ of VWS presenteren is riskant.

2. Regionale ontwikkelingen en aansluiting op landelijke specificaties

Uit gesprekken met de regio's en leveranciers zien wij het als een reëel risico dat regio's, die niet willen wachten op de landelijke voorzieningen en hun eigen lijn uitzetten in 2005, niet in staat zullen zijn om via het SSC te communiceren met andere regio's.

Momenteel wordt in veel regio's gewerkt aan het tot stand brengen van regionale elektronische gegevensuitwisseling. De AORTA architectuur beschrijft voorwaarden waaraan moet worden voldaan wil er straks sprake kunnen zijn van landelijke elektronische communicatie tussen alle zorgaanbieders.

Elke regio zal, in de eigen context, invulling geven aan de gestelde architectuur van NICTIZ. De AORTA architectuur laat toe dat regio's voor verschillende invulling kiezen, door een ruime definitie van een Goed Beheerd Zorgsysteem te hanteren (dit kan immers een individueel HIS zijn, maar ook een regionale zorg service provider met een regionale verwijsindex en master/patiënt index), door te werken met HL7versie 3 en standaardberichten.

Zo kiest Zwolle voor een architectuur gebaseerd op een regionale database server incl. master/patiënt index, is Leiden bezig met een concept waarbij schakelfunctionaliteiten gehuisvest worden in een ring van regionale servers, ontwikkelt Twente eigen schakelfunctionaliteiten vooruitlopend op de landelijke verwijzindex en probeert Utrecht juist zo goed mogelijk de AORTA architectuur te volgen.

Een aantal regio's zijn functionaliteiten, zoals een verwijzindex, (tijdelijk) op regionaal niveau aan het ontwikkelen, omdat zij nog niet landelijk beschikbaar zijn. Mits deze regio's te zijner tijd kunnen omschakelen naar de landelijke voorzieningen is dit geen probleem (afgezien van investeringsverlies). Om omschakeling te kunnen waarborgen, is afstemming en dialoog tussen NICTIZ en deze regio's gewenst. Dit kan in de vorm van overleg zijn maar ook via pilots of het vormgeven van gezamenlijke projecten. Daarbij moet de focus liggen op de aansluiting van de in verschillende regio's gekozen oplossingen, zonder steeds inhoudelijk deze oplossingen noch de NICTIZ-architectuur ter discussie te stellen.

Daarnaast bestaat in regio's de indruk dat weinig synergie met NICTIZ is te bewerkstelligen rond het oppakken van bovenregionale vraagstukken uit de praktijk. Indien het gaat om de autonome ruimte van de regio's om invulling te geven aan de architectuur, bevelen we aan om te werken met best-practices. Indien het vraagstukken betreft van standaarden en richtlijnen, zonder welke landelijke uitwisseling niet tot stand kan komen, zal hier helder over gecommuniceerd moeten worden tussen NICTIZ en het veld. Daardoor kan meer dan in de huidige situatie gewerkt worden in een richting waarin 'onderop' ontwikkelingen uit regio's en 'bovenaf' ontwerp van NICTIZ op elkaar aansluiten.

3. *Impasse in gebruik*

In de huidige situatie ontbreken verplichtingen en/of stimuleringsmaatregelen voor de partijen in het veld om daadwerkelijk de ZorgICT te gaan gebruiken.

Vooralsnog gebeurt de implementatie van UZI en UZOVI op basis van vrijwilligheid. De implementatie van deze infrastructurele elementen in de zorgpraktijk kost (een nog onbekende hoeveelheid) tijd en geld. Daarnaast zullen er applicaties ontwikkeld en geïmplementeerd moeten worden die daadwerkelijk gebruik maken van de mogelijkheden van de infrastructuur. Dit vergt aanpassingen in de software door ZorgICT leveranciers, die vervolgens afgenomen en betaald moeten worden door de gebruikende zorgpartijen.

Punt van aandacht daarbij is dat de kosten en de baten niet steeds samenvallen. Zo is op landelijk niveau de business case van een landelijke medicatiedossier onbetwist, maar aansluitend is een uitwerking op lokaal niveau gewenst van de business case resulterend in een financieringsmodel (wat kost dit aan wie, waar levert het wat op, hoe sluizen we de winst door naar de investeerder).

In verband met de doorlooptijden van wet- en regelgeving, verdient de uitwerking van de diverse verplichtingen en aanvullende stimuleringsmaatregelen op korte termijn aandacht. Dit is reeds in gang gezet binnen de Stuurgroep ICT van VWS.

4. *Geen betrouwbare planning van het Kritieke tijdpad voor handen*

Er is nog geen volledig en betrouwbaar overzicht van de voor de verschillende activiteiten benodigde inspanningen en doorlooptijden. De afgelopen maand is geprobeerd zo veel mogelijk inzicht te verkrijgen, maar veel planningen voor 2005 zijn nog niet definitief, nog niet aan het coördinatiebureau ter beschikking gesteld of er lopen onderzoeken die eerst moeten worden afgerond als input voor de planning zoals voor het landelijk schakelcentrum.

Bijkomend risico is dat er thans nog gewerkt wordt aan het met betrokken partijen uitwerken van de implementatiestrategie op basis waarvan de verschillende pilots, implementatiestappen en de ketentest met elkaar kunnen worden afgestemd.

Wanneer de planning van het kritieke tijdpad niet inzichtelijk is, kan moeilijk gecommuniceerd worden wanneer welke infrastructurele middelen beschikbaar zijn.

Een ander risico is het veroorzaken van verwarring in het veld wanneer er uitspraken worden gedaan over het beschikbaar willen hebben van bijvoorbeeld het BSN, terwijl dit in de praktijk niet mogelijk of wenselijk is. Het is daarom van belang te weten dat:

- Aangegeven wordt dat het SoFi-nummer op basis van de SoFi-AMvB niet beschikbaar komt vóór het tweede kwartaal van 2005 en dan alleen voor experimenten voor het LMD en eventueel voor WDH;
- De verwijsindex van het landelijk schakelcentrum niet beschikbaar is in de eerste helft van 2005 voor het uitvoeren van de ketentest.

5. *Continuïteit en verantwoordelijkheid*

De continuïteit van NICTIZ na 2006 is niet geborgd. Tegelijkertijd dient nog veel werk te worden verzet. Dit leidt tot twee risico's:

- verdwijnen van een essentiële platformfunctie in het kader van vraagbundeling;
- instabiele NICTIZ organisatie in 2005 en 2006 (door vertrekkende medewerkers).

Wij constateren dat dit risico een lichte schaduw vooruitwerpt in de vorm van rolverving bij NICTIZ. NICTIZ verzet met een kleine groep mensen veel werk. Het overvragen van deze mensen in combinatie met een gebrek aan zekerheid kan funest zijn voor de stabiliteit van NICTIZ in 2005 en 2006. In deze periode zal NICTIZ als platformorganisatie van wezenlijk belang zijn voor het behalen van de doelen voor 2006. Daarbij dient uiterlijk in het eerste kwartaal van 2005 een expliciet standpunt bepaald te worden over de rol van NICTIZ in de overgang van de ontwerpfasen naar de implementatiefase, rekening houdend met de bijhorende wijziging in competenties en rollen.

Tot slot is de communicatie en besluitvorming tussen VWS (incl. CIBG) en NICTIZ een punt van aandacht. Momenteel bestaat geen besluitvormend overleg tussen het Ministerie van VWS (inclusief het CIBG) en NICTIZ. Hierdoor ontstaat het risico dat openstaande onderwerpen niet tijdig worden afgestemd en verwachtingen niet gezamenlijk worden gemanaged. Dit kan leiden tot verschil in communicatie waar momenteel helderheid richting het veld geboden is.

Voor LED en de AORTA doen zich verschillende bestuurlijke processen voor. Beide processen dienen nadrukkelijk in overleg met elkaar te komen. In hoeverre het wenselijk is om de architecturen van beide processen met elkaar te integreren of relaties te leggen is de vraag. Wel zullen de consequenties moeten worden onderzocht voor het realiseren van de doelstelling van LED door het gebruik van een minimale dataset (van identificerende persoonsgegevens) in plaats van het gebruik van het SoFi-nummer.

6. *Interferentie met andere majeure projecten in de zorg*

Naast ZorgICT komen ook andere majeure projecten in de zorg in de implementatiefase, zoals de invoering van de ZVW en de DBC's. Het risico bestaat dat als gevolg van andere ontwikkelingen de doelstellingen van ZorgICT niet kunnen worden behaald. Veel zorgaanbieders geven bijvoorbeeld de hoogste prioriteit aan de invoering van de DBC's.

5. Strategische onderwerpen voor korte termijn

Op basis van voorgaande analyse van witte vlekken en risico's, komen we tot de volgende belangrijkste strategische onderwerpen die op korte termijn opgepakt moeten worden. Dit overzicht is gerangschikt in de volgorde van de rapportage en kent nog geen ordening naar urgentie of importantie. Dit overzicht is afgestemd binnen het coördinatiebureau.

	Strategische onderwerpen	Verantwoordelijke
1.	Besluitvorming over het toepassen van BSN in de zorg <ul style="list-style-type: none"> • unieke persoonsidentificatie zolang BSN er niet is; • operationaliseren van de SoFi-AMvB in 2005; • aansluiten op experimenten met OBV-stelsel; • standpunt gebruik BSN in het private zorgdomein. 	VWS
2.	Opstellen van plan van aanpak voor 4de domein: <ul style="list-style-type: none"> • identificatie en authenticatie van 4de domein; • taak private sector . 	NICTIZ
3.	Besluitvorming over de private en publieke taken van het SSC en gevolgen voor toezicht en certificering.	VWS
4.	Vaststellen van de ontwikkeling van het landelijk schakelcentrum, zowel inhoudelijk als procedureel: <ul style="list-style-type: none"> • relatie tussen SBV en SSC; • vaststellen PvE aanbesteding (31-10-04) o.a. incl. wat landelijk wat regionaal; • businessmodel SSC. 	VWS + CIBG + NICTIZ
5.	Vormgeven van periodiek en formeel besluitvormingsoverleg voor ZorgICT en bestuurlijke afstemming.	VWS + NICTIZ
6.	Ontwikkelen van verplichtingen en/of stimuleringsmaatregelen voor toepassen van ZorgICT in de praktijk. Bestuurlijke verankering van de verplichting tot het gebruik van het EPD en planning van het traject van verplichting en overleg met beroepsgroep (VWS). NICTIZ moet aangeven voor welke zaken men een verplichting nodig heeft.	VWS NICTIZ
7.	Beschikbaar stellen van een overall implementatieplan op basis van de strategie (zie onder 8) dat de samenhang tussen de activiteiten aangeeft: tijd, volgorde, organisatie (implementatietaskforce), commitment koepels, communicatie etc.	NICTIZ + CIBG + VWS
8.	In overleg met betrokken partijen uitwerken van een strategie voor de implementatie in proefomgevingen: <ul style="list-style-type: none"> • uitrol implementatie UZI 2005 (CIBG); • uitrol regionale LMD en WDH 2e helft 2005 (regio's); • regionale pilots (6 test sites) voor de landelijke basisinfrastructuur in 2005 (NICTIZ); • aansluiten pilots BSN/SBV 2e helft 2005 (BZK/VWS); 	NICTIZ

	<ul style="list-style-type: none">• omgang met private initiatieven.	
9.	Opstellen programma van eisen voor regio's.	NICTIZ
10.	Herformuleren doelstellingen 2006 voor ZorgICT en vormgeving verwachtingsmanagement op basis van kritieke pad analyse.	VWS + NICTIZ
11.	Verhelderen rollen VWS / NICTIZ en voorbereiden fase overgang binnen organisatie NICTIZ.	Van Lunteren
12.	Vaststellen van het financieringsmodel voor de verschillende elementen van de basisinfrastructuur (BSN, UZI, UZOVI, LOG, AUT, ROUT, VWX), zowel invoering als exploitatie, mede op basis van besluitvorming private en publieke taken (zie onder 3). Op korte termijn in ieder geval oplossen voor invoering UZI: tarifiering pas en kaartlezer.	VWS

Bijlage A – Bronnen

Geïnterviewde personen:

CIBG	dhr. Huisman mw. Turenhout
CGEY	dhr. Looij
CvZ	dhr. Rozing
DHV Kennemerland	mw. Thunissen dhr. Mulder
Inview	dhr. Kerssies
LUMC	dhr. Lodder
Mediaplaza	mw. Westermann
NICTIZ	dhr. Van Boven dhr. Hoekstra dhr. Van der Hooft dhr. Van der Hoek
NEN	mw. Besseler dhr. Gouwens
OIZ	dhr. Epping
Rijnmondnet	dhr. De Moes
Ring Amsterdam	dhr. Straatman
Uzorg	dhr. Krediet
Vektis	dhr. Van Bommel
VWS	mw. Maat dhr. Tjee
ZN	dhr. Bontje Mw. Van Tol
Zeeland District Specialisten Beraad	mw. Augustijn

Geraadpleegde documenten:

CIBG	Memo benodigde acties UZI-register	24-9-2004
CIBG	Plan van aanpak UZI-register	2-2004
CIBG	Voortgangsrapportage UZI-register	6-2004
CIBG	Implementatiescenario UZI-register	19-7-2004
Financiën	Memo gebruik SoFi-nummer en UZI-pas voor declaratieverkeer	1-10-2004
ISO	Health informatics	16-3-2004
NEN	Plan Fase I	12-7-2004
NEN	NEN7510 en passende beveiliging rondom het gebruik van het ZIN. Deel 1: Witte vlekken analyse	21-10-2003
NEN	Projectplan 12-5-04 plus overzicht van wijzigingen en aanvullingen	12-7-2004

NEN	Plan van aanpak Normalisatietraject	4-8-2004
	Vertrouwensmodel en Tussenrapportage	
NICTIZ	Specificatie van de basisinfrastructuur in de zorg 2.0	1-3-2004
NICTIZ	Werkdocument Programma van eisen en wensen van het Shared Service Centre	3-9-2004
NICTIZ	Betere zorg door Betere Informatie. De noodzakelijke stappen medio 2004 -2006	
NICTIZ	Oprichting Shared Service Center in de zorgsector	9-6-2004
NICTIZ	Planning NICTIZ	30-9-2004
NICTIZ	Kernbegroting t.b.v. subsidieaanvraag 2005	30-9-2004
NICTIZ	Plan van aanpak 2005 – 2006	30-9-2004
NICTIZ	Memo vragen	4-10-2004
NICTIZ	Voortgangsrapportage oktober 2004	10-2004
NICTIZ	Tussenresultaten inventarisatie ICT ziekenhuizen	7-10- 2004
NICTIZ	Architectuurontwerp Basisinfrastructuur in de zorg 4.0	15-10-2004
NICTIZ	Implementatiehandleiding HL7v3	1-3-2004
	Zorginformatiemakelaar, Infrastructurele domeinen en Medicatieberichten	
NPCF	Kort eindverslag behorend bij project autorisatie EPD en patiëntenperspectief	2-2004
OIZ	Commentaar op NICTIZ Architectuur ontwerp Basisinfrastructuur in de zorg	7-9-2004
TNS / NIPO	Fouten worden duur betaald, deel I .	1-2004
TNS / NIPO	Fouten worden duur betaald, deel II	1-2004
VWS	Brief TK over ICT in de Zorg	20-8-2004
VWS	Brief TK Diabeteszorg beters	
	Verslag overleg Brinkman en Van Boven met vaste Kamercommissie Zorg	26-5-2004
VWS	Brief CIBG opdracht SSC	

Bijlage B – Afkortingen

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AORTA	Programmatisch NICTIZ gericht op de totstandkoming van een landelijke basisinfrastructuur in de zorg
BSN	Burger service nummer
DBC	Diagnose behandeling combinaties
EMD	Elektronisch medicatie dossier
EPD	Elektronisch patiënten dossier
GBZ	Goed beheerd zorgsysteem
HIS	Huisarts Informatie systeem
HL7	Health level 7, internationale standaard voor elektronische communicatie in de zorg.
LED	Landelijk Elektronisch Declaratieverkeer
LMD	Landelijk Medicatie Dossier
MIC	Medisch Informatica Congres
NVF	Nationale vertrouwensfunctie
OBV	Overkoepelende beheervoorziening (met daarin functionaliteiten zoals BSN generator, register, foutafhankelijkheden functie, afnemersfunctie)
OZIS	Open Zorg Informatie Systeem
PKI	Public Key Infrastructuur, een methode voor beveiliging gebaseerd op het gebruik van publieke en private sleutels
PKIO	PKI Overheid, verzameling richtlijnen voor de beveiliging gebaseerd op het gebruik van publieke en private sleutels
RIM	Referentie Informatie Model
SBV	Sectorale beheervoorziening (met daarin functionaliteiten zoals authenticatie, autorisatie, logging)
SSC	Shared Service Center: landelijk schakelcentrum met verschillende functionaliteiten waaronder logging, autorisatie, verwijfsindex en routeringsinstituut
UZI	Unieke Zorgverleners Identificatie, landelijk identificatienummer voor zorgverleners, zorginstellingen en zorgsystemen. Functies: authenticiteit, vertrouwelijkheid en onweerlegbaarheid (elektronische handtekening)
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraars Identificatie, landelijk identificatienummer voor zorgverzekeraars (te weten ziekenfonds, ziektekostenverzekeraar of zorgkantoor).
WBP	Wet op bescherming persoonsgegevens
WDH	Waarneemdossier huisartsen
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
ZSP	Zorg Service Provider

Organisaties:

CBP	College bescherming persoonsgegevens
CIBG	Centraal informatiepunt beroepen in de Gezondheidszorg (agentschap van VWS) belangrijkste taken zijn het registreren van gegevens en verstrekken van informatie.
HEC	Het Expertise Centrum
ISO	International Standards Organisatie
KNGF	Koninklijk Nederlandse Genootschap voor Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NEN	Nederlands normalisatie instituut
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NPCF	Nederlandse patiënten consumenten federatie
OIZ	vereniging van Organisaties voor ICT in de Zorg
OMS	Orde Medisch Specialisten
Vektis	Organisatie voor informatie & standaardisatie zorgverzekeraars. Leverancier van Uzovi register iov NICTIZ
VeCoZo	Veilig communiceren in de zorg. Doel = in opdracht van zorgverzekeraars digitale certificaten uit te geven aan partijen met wie zorgverzekeraars een overeenkomst tot uitwisseling van (persoons)gegevens hebben gesloten, t.b.v. logische toegangcontrole.
VWS	Ministerie van VWS
ZN	Zorgverzekeraars Nederland