

140

PLAN LANDELIJKE INVOERING EMD EN WDH > JULI 2007

Definitief

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding en structuur van dit plan	3
2	Visie op de landelijke invoering	4
2.1	Doelstelling landelijke invoering en te bereiken resultaten	4
2.2	Afbakening landelijke invoering	4
2.3	Het zorgveld	4
2.4	Uitgangspunten en randvoorwaarden	5
2.5	Risico's	8
3	Aanpak landelijke invoering EMD/WDH	9
3.1	Actoren en rollen	9
3.2	Planning landelijke invoering en totstandkoming daarvan	10
3.3	Sturing	12
3.4	Monitoring	12
3.5	Ondersteuning landelijke invoering	13
3.5.1	Doel en definitie van ondersteuning	13
3.5.2	Voorlichting	13
3.5.3	Ondersteuning van het veld	15
3.5.4	Implementatiehulpmiddelen	16
4	Eisen aan invoeringsorganisatie	17
	Bijlage 1: Implementatiemogelijkheden leveranciers	1
	Bijlage 2: Overzicht aantallen zorgaanbieders	2

1 Inleiding en structuur van dit plan

De landelijke invoering van het EMD en WDH, eerste toepassingen van het elektronisch patiëntendossier (EPD) kan na het GO-moment gaan plaatsvinden. Om die invoering beheerst, volgens plan en zorgvuldig te laten verlopen is het voorliggende Plan Landelijke Invoering EMD/WDH opgesteld onder verantwoordelijkheid van het Programma Invoering EMD/WDH en BSN van het Ministerie van VWS.

In dit plan is in hoofdstuk 2 de visie op de landelijke invoering beschreven: dit hoofdstuk bevat de basis waarop de aanpak gebaseerd is via een beschrijving van de doelstellingen, schets van het zorgveld, de uitgangspunten, randvoorwaarden en risico's.

In hoofdstuk 3 wordt de feitelijke aanpak van de landelijke invoering beschreven. Daarbij komen actoren en hun rollen, de (organisatie van de) planning, de instrumenten voor sturing en monitoring en de te bieden ondersteuning aan bod.

Hoofdstuk 4 tenslotte bevat een beschrijving van de eisen die dit alles stelt aan de invoeringsorganisatie.

Status van het plan

De ideeën voor de aanpak van de landelijke invoering zijn in mei en juni besproken met diverse partijen, waaronder bestuurders van koploperregio's (CBO), enkele leveranciers en de beheerders van de centrale voorzieningen (NICTIZ en CIBG). Tijdens de studiereis naar Toronto is gediscussieerd over de aanpak. Op 5 juli is de aanpak besproken met de koepelorganisaties (KBK-overleg). Het plan is op 18 juli 2007 vastgesteld in de Stuurgroep ICT&Innovatie.

2 Visie op de landelijke invoering

In dit hoofdstuk wordt de landelijke invoering gedefinieerd en wordt ingegaan op de volgende aspecten:

- Doelstelling
- Afbakening
- Aantallen zorgaanbieders in het zorgveld sector cure EMD/WDH
- Uitgangspunten en randvoorwaarden
- Risico's

2.1 Doelstelling landelijke invoering en te bereiken resultaten

De mede op basis van de leveranciersplanningen gebaseerde doelstellingen van de landelijke invoering zijn:

- In de tweede helft van 2008 zijn alle HAP's aangesloten op het LSP
- In de tweede helft van 2008 is 50% van de huisartsenpraktijken aangesloten op het LSP
- In de tweede helft van 2008 is 50-75% van de apothekers aangesloten op het LSP
- In de tweede helft van 2008 is 50% van de ziekenhuizen aangesloten op het LSP
- Genoemde zorgaanbieders zijn in voldoende mate ondersteund bij de activiteiten die zij in dit verband moeten verrichten. Hiertoe worden voorlichtingsactiviteiten ontplooid, ondersteuning geboden en implementatiehulpmiddelen beschikbaar gesteld (zie paragraaf 3.5 voor een nadere uitwerking hiervan).

De verwachting is dat wanneer dit percentage aansluitingen bereikt is, er sprake is van een dusdanig omvangrijke massa van zorgaanbieders die gegevens uitwisselen volgens de landelijke standaarden en via de landelijke infrastructuur dat de beweging naar landelijke dekking onomkeerbaar is. Dat betekent dat vanaf dat moment er naar verwachting geen grote inspanning en ondersteuning vanuit het ministerie van VWS meer nodig zijn en dat totale landelijke dekking "als vanzelf" bereikt zal worden.

In de komende één tot anderhalf jaar echter vraagt de invoering ondersteuning, regie, monitoring en een aanjagersrol van het ministerie.

2.2 Afbakening landelijke invoering

Bij de landelijke invoering gaat het om de landelijke invoering van EMD/WDH, inclusief invoering van het BSN, in de sector EMD/WDH (huisartsenpraktijken, huisartsenposten/ huisartsendiensten, apotheken en ziekenhuizen).

De aanpak en activiteiten in het kader van de invoering van het BSN in de overige sectoren (cure overig, care, zorgverzekeraars) vallen buiten de scope van de landelijke invoering EMD/WDH. De invoering van volgende hoofdstukken van het EPD valt eveneens buiten de scope van de landelijke invoering EMD/WDH.

2.3 Het zorgveld

In het kader van de landelijke invoering EMD/WDH hebben we te maken met een groot aantal zorgaanbieders. De aantallen zijn opgenomen in bijlage 2

Programma Invoering EMD/WDH en BSN maakt in overleg met de partners van de centrale voorzieningen (NICTIZ, SBV-Z en UZI-register) zogenaamde "ketenafspraken", om veilig te stellen dat de capaciteit van de centrale voorzieningen voor zowel de implementatie als de exploitatie voldoende is voor en goed is afgestemd op de vraag.

2.4 *Uitgangspunten en randvoorwaarden*

In deze paragraaf wordt ingegaan op de uitgangspunten en randvoorwaarden die voor de landelijke invoering worden gehanteerd. Deze zijn voor een deel al in het voorjaar van 2007 besproken in het CBO, in maart 2007 vastgesteld door de stuurgroep ICT&Innovatie en ook verwoord in de voortgangsrapportage aan de Tweede Kamer van februari 2007. Daarnaast leveren de pilots WDH en EMD ervaringen op die voor de landelijke invoering als uitgangspunt of randvoorwaarde zullen moeten gelden. Ook zijn de uitgangspunten opgenomen die voor de landelijke voorzieningen gelden.

a) *Twee bepalende factoren voor het tempo van de landelijke invoering*

In de voortgangsrapportage aan de TK is gesteld dat twee factoren bepalend zijn voor het tempo van de landelijke invoering:

- de inzet van zorgaanbieders en regionale samenwerkingsverbanden om aan te sluiten op het LSP
- de plannings van de XIS-leveranciers

b) *Een formeel "GO-moment" geeft het startsein van de daadwerkelijke brede landelijke invoering*

Het ministerie van VWS zal de daadwerkelijke start van de brede landelijke invoering markeren met een formeel "GO-moment".

Het sein voor de brede landelijke invoering kan worden gegeven als

- de resultaten van de pilots bekend zijn en de wijzigingen die het gevolg daarvan zijn, zijn vastgesteld en ingepland. Hierbij vormen de door onafhankelijke partijen opgestelde evaluatierapportages een belangrijke basis. De brede landelijke invoering en het "GO-moment" hoeven niet te wachten totdat alle wijzigingen ook daadwerkelijk doorgevoerd en operationeel zijn.
- een audit op de landelijke voorzieningen heeft aangetoond dat deze zijn voorbereid op en berekend voor de brede landelijke invoering in het licht van de aanpak van de landelijke invoering.
- er zekerheid is over het gebruik van het sofinummer/BSN.

Het "GO-moment" kan voor de invoering EMD op een ander (later) tijdstip liggen dan voor WDH vanwege de planning van de pilots.

Vooruitlopend op het "GO-moment" en de brede landelijke invoering kunnen zorgaanbieders binnen koploperregio's en daarbuiten al voorbereidingen treffen voor de invoering, onder de voorwaarde dat men zich ervan bewust is dat "showstoppers" in de pilots ook tot een tijdelijke stop op het eigen invoeringstraject kunnen nopen.

c) *De Wet op het EPD is bedoeld als sluitstuk van de landelijke invoering*

De Wet op het EPD is één van de in te zetten instrumenten om tot een 100% sluitend stelsel te komen en daarmee de laatste zorgaanbieders over de streep te trekken.

d) *Landelijke invoering start met invoering EMD/WDH in een of meer koploperregio's; andere regio's kunnen ook starten*

Voor de planning van de landelijke invoering ligt het voor de hand om ervan uit te gaan dat de invoering start in de koploperregio's. Verondersteld mag worden dat hier de awareness en kennis over te zetten stappen groter is dan in de meeste andere regio's. Deze regio's zullen dan ook in de planning vooraan worden gezet, vanzelfsprekend wel rekening houdend met andere voor de planning bepalende factoren zoals de planning van de leveranciers. Indien echter andere regio's (niet-koplopers) van start willen gaan met de invoering, dan kunnen zij in de planning vóór of naast koploperregio's worden geplaatst indien ze aan een aantal voorwaarden voldoen (planning XIS-leverancier etc. zie ook paragraaf 3.2).

e) *De ICT-leveranciers spelen een belangrijke rol in de invoering*

De ervaringen in de pilots leren dat de ICT-leveranciers zeer bepalend kunnen zijn voor de (planning van de) landelijke invoering, doordat ze de randvoorwaarden creëren voor zorgaanbieders om te kunnen aansluiten (bepalende factoren zijn het moment waarop een applicatie XIS-typegekwalificeerd is en het moment waarop die geïmplementeerd wordt bij een zorgaanbieder). Bovendien kunnen de leveranciers door de mate van ondersteuning bij het voldoen aan de GBZ-eisen en het aansluiten op het LSP een enorme "boost" geven aan de landelijke invoering (denk hierbij ook aan de ASP'ers). Andersom kunnen zorgaanbieders door druk uit te oefenen op hun leverancier invloed uitoefenen op de plannings. Leveranciers kennen hun klanten goed en weten hoe zorgaanbieders optimaal ondersteund kunnen worden. Door leveranciers intensief te betrekken kan een samenhangend 'totaalpakket' aan informatie en ondersteuning worden aangeboden, dat de zorgaanbieder eenvoudiger in staat stelt om EMD en/of WDH te gaan invoeren.

f) *Regionale samenwerkingsverbanden worden als aangrijpingspunt voor de uitrol gehanteerd, bij het ontbreken daarvan vormen de HDS'en aangrijpingspunt voor WDH en de samenwerkingsverbanden van apotheken en ziekenhuizen voor EMD.*

In het kader van de ontwikkeling en implementatie van EMD en WDH is in 2005 het zgn. koploperprogramma in het leven geroepen. De vorming van deze koploperregio's is belangrijk gebleken voor de invoering van EMD en WDH. Uit deze regio's zijn diverse bijdragen geleverd aan de ontwikkeling van ondersteuningsmateriaal, best practices, deelname aan gebruikerstesten PoC en in 3 van de 11 regio's vinden thans pilots plaats.

Teneinde voor de landelijke invoering gebruik te kunnen maken van een hanteerbare structuur, wordt de navolgende benadering als uitgangspunt gehanteerd, deze wordt nader geoperationaliseerd in hoofdstuk 3):

- Regionale samenwerkingsverbanden vormen het aangrijpingspunt voor de invoering voor zover mogelijk.
- Bij afwezigheid van een regionaal orgaan dat deze trekkersrol wil/kan vervullen, worden voor WDH de huisartsendiensten (HDS'en) als aangrijpingspunt gehanteerd en voor EMD samenwerkingsverbanden van apotheken en ziekenhuizen uit de betreffende regio. Het aantal HDS'en is overzichtelijk (60) en ze vormen goed te bereiken organisatorische eenheden met de bijbehorende HAP's en de betrokken huisartsenpraktijken. In nagenoeg heel het land bestaan samenwerkingsverbanden van apotheken, al dan niet in OZIS-verband. Voor de invoering van het EMD vormen deze samenwerkingsverbanden een kansrijke organisatiestructuur om bij aan te sluiten. Waar mogelijk worden de ziekenhuizen betrokken bij de samenwerkingsverbanden van apotheken. Als dit minder voor de hand liggend is (kan per regio verschillen) zullen ziekenhuizen afzonderlijk of in clusters (via NVZ) benaderd en ondersteund worden in het kader van de invoering.

g) *Voor zorgaanbieders moeten eenvoudige en adequate hulpmiddelen beschikbaar zijn die hen maximaal helpen op weg naar aansluiting.*

Het stappenplan zoals dat in de huidige versie van het Handboek invoering EMD en WDH is opgenomen helpt de zorgaanbieder nog in onvoldoende mate. Wenselijk is dat de zorgaanbieder ondersteund wordt via praktische hulpmiddelen zodat hij in feite niet meer dan een boodschappenlijstje met door hem te verrichten acties overhoudt. Hierdoor kan de zorgaanbieder goede afspraken maken met de ICT-leveranciers die hem veel werk uit handen kunnen nemen. Goede hulpmiddelen zijn voorwaardelijk voor zorgaanbieders om relatief gladjes te kunnen aansluiten. Zie ook paragraaf 3.5.

- h) De capaciteit van de landelijke voorzieningen is volgend ten opzichte van de behoefte*
Een vlotte landelijke invoering is van strategisch belang voor VWS en de behoefte bepaalt daarmee de capaciteit die van de landelijke voorzieningen (UZI-Register, NICTIZ en SBV-Z) wordt gevraagd. Dit alles wel binnen redelijke grenzen, hetgeen de volgende nuanceringen met zich meebrengt:
- De capaciteitsvraag moet ook naar de toekomst toe beheerst kunnen worden. De planning wordt zodanig ingericht dat grote pieken en dalen in de door de centrale voorzieningen te leveren capaciteit zoveel mogelijk worden vermeden. Dergelijke pieken en dalen zouden bijvoorbeeld bij het UZI-register immers elke drie jaar weer terugkomen.
 - In overleg met de landelijke voorzieningen wordt de invoeringplanning/prognose telkens voor zes maanden bepaald. Dit in verband met benodigde opschalingstijd.
 - De opschalingsmogelijkheden van de centrale voorzieningen, om de behoefte te kunnen volgen, is niet oneindig. Voor iedere organisatie is een kritische bovengrens vast te stellen die incidenteel overschreden kan worden, maar niet structureel. Indien dit het geval zou zijn, is de organisatie niet meer in staat om de kwaliteit van de dienstverlening te garanderen. Op basis van de invoeringplanning/prognose kan op een redelijke termijn worden vastgesteld of een dergelijke situatie zich gaat voordoen. Is dit het geval, dan is spreiding van de behoefte een mogelijkheid om structurele overbelasting te voorkomen.
- i) Voorafgaand aan de landelijke invoering wordt een invoeringplanning/prognose opgesteld*
Om voldoende capaciteit bij de landelijke voorzieningen veilig te stellen en om zo nodig te kunnen sturen op spreiding van de behoefte wordt telkens voor een half jaar vooruit een invoeringplanning/prognose opgesteld. Voor de eerste keer zal dit voorafgaand aan de start van de landelijke invoering gebeuren.
- j) Flexibiliteit en maatwerk in de organisatie van de invoering en in de ondersteuning zijn kritische succesfactoren*
Om veilig te stellen dat het zorgveld in de breedte goed is geïnformeerd over en optimaal is ondersteund bij de (voorbereidingen) op de invoering van EMD en WDH en de slagingskans zo groot mogelijk te maken, moet de invoering flexibel worden ingericht en dienen voorlichting en ondersteuning in functie te staan van de concrete doelstellingen. Ook door vertegenwoordigers van het zorgveld wordt erop gewezen dat niet de illusie moet bestaan dat er bij één structuur kan worden aangehaakt om de invoering vorm te geven. Van belang is bij de invoering en bij het geven van voorlichting rekening te houden met de fase waarin een regio of groep zorgaanbieders zich bevindt. Verder is van belang rekening te houden met de eigenheid van regio's, groepen zorgaanbieders en van andere organisatieverbanden en te zoeken naar organisatiestructuren met enthousiaste "voortrekkers", in het ene geval kan dit de regio zijn, maar ook een samenwerkingsverband, een belangenvereniging etc.

2.5 Risico's

Voor de landelijke invoering van het EMD en WDH worden de volgende risico's onderkend. Per risico zijn maatregelen aangegeven (preventief en correctief) om de risico's te beheersen.

Risico	Maatregel
Onvoldoende commitment en prioriteit bij zorgaanbieders waardoor invoering stagneert	<ul style="list-style-type: none">- Informeren en voorlichten- Regionale initiatieven ondersteunen en stimuleren- Actief zoeken en stimuleren van regionale "voortrekkers"- Releasebeleid van leveranciers slim benutten
Problemen bij pilots waardoor start landelijke invoering wordt "opgehouden"	<ul style="list-style-type: none">- Voldoende prioriteit aan oplossen problemen geven zodat deze volgens planning worden uitgevoerd- Planning zodanig inrichten dat stagnatie bij pilots de voorbereidingen voor de landelijke invoering niet in de weg staan- Goede voorlichting
Tegenwerking vanuit het land omdat er onduidelijkheid bestaat over de ontwikkelingen mbt het EPD	<ul style="list-style-type: none">- Informeren en voorlichten- Actief zoeken en stimuleren van regionale "voortrekkers"
Stagnatie in landelijke invoering door onvoldoende capaciteit bij landelijke voorzieningen	<ul style="list-style-type: none">- Planning invoering door centrale voorzieningen laten checken op benodigde capaciteit- Eisen aan centrale voorzieningen mbt schaalbaarheid- Aansluitprocedure goed inrichten- Stimuleren dat de stappen aanvragen UZI-middelen en aansluiten op SBV-Z resp. initiële vulling alvast worden gezet.

3 Aanpak landelijke invoering EMD/WDH

De landelijke invoering van het WDH en EMD is in feite gestart met de activiteiten die in het kader van de pilots in Twente, Rijnmond en Amsterdam worden uitgevoerd. Er is in deze regio's sprake van "awareness" en bereidheid om volgens de landelijke standaarden gegevens uit te gaan wisselen. Er zijn plannen van aanpak gemaakt, afspraken gemaakt met ICT-leveranciers, deze hebben een gekwalificeerde versie van de applicatie opgeleverd en geïnstalleerd, er worden UZI-middelen aangevraagd, en dergelijke.

Nu is het zaak de stap te maken naar grootschalige landelijke invoering van het EMD/WDH. De in het vorige hoofdstuk genoemde doelstellingen, aantallen en mede op de pilotervaringen gebaseerde uitgangspunten vormen de basis voor het definiëren van de aanpak die daarbij wordt gehanteerd en voor het opzetten van een handzame en flexibele planning.

Daarbij geldt dat er in beginsel van kan worden uitgegaan dat de bekendheid met EMD/WDH en de awareness in de koploperregio's groter is dan in de rest van het land, uitzonderingen daargelaten. Het ligt derhalve voor de hand dat invoering in de eerste periode na het "GO-moment" primair de koploperregio's betreft. Op het uitrollen van EMD/WDH in deze regio's zou dan de nadruk van de ondersteuning liggen.

Enkele andere regio's hebben zich gemeld omdat zij de invoering eveneens ter hand willen gaan nemen en deels al hebben genomen. Dit aantal is voorsnog zodanig beperkt dat deze ingepland kunnen worden voor de tweede helft van 2007.

Anderzijds zijn er nog veel regio's en heel wat zorgaanbieders die zich niet of nauwelijks bewust zijn van de ontwikkelingen naar een landelijk EMD/WDH en/of van de aanstaande verplichting om het BSN te gaan vastleggen en gebruiken. Bij deze groep dient eerst nog bewustzijn te worden gekweekt en basale informatie te worden overgedragen. Bij hen moet het vuur nog worden aangewakkerd om ze überhaupt te kunnen inplannen. In de tweede helft van 2007 moet er dan ook een start worden gemaakt met het informeren en enthousiasmeren van deze zorgaanbieders en regio's.

Bij de uitgangspunten is al gesteld dat de planning en de inzet van de leveranciers een grote invloed hebben op het tempo maar ook op de planning van de landelijke invoering. Leveranciers creëren de randvoorwaarden voor zorgaanbieders om aan te kunnen sluiten. In de aanpak wordt hieraan dan ook veel aandacht gegeven. Om volume te gaan creëren ligt het vanzelfsprekend voor de hand om de blik vooral te richten op leveranciers met een groot marktaandeel.

Van groot belang voor een geslaagde invoering zijn daarenboven de regionale structuren die als trekker en aanjager in de regio kunnen fungeren: regionale samenwerkingsverbanden, de huisartsendiensten (voor WDH) en de samenwerkingsverbanden van apotheken en ziekenhuizen (voor EMD).

3.1 Actoren en rollen

Bij de landelijke invoering is een groot aantal partijen betrokken, van patiënten en zorgaanbieders tot beheerders van de centrale voorzieningen. Elk van deze actoren vervult een bepaalde rol bij de invoering, van belanghebbende, voorwaardelijke tot voorwaardenscheppende en de ondersteunende rol.

Hieronder wordt nader ingegaan op de actoren en hun rollen..

Patiënten

De patiënt is subject van vastlegging en uitwisseling en daarmee direct belanghebbende.

Individuele zorgaanbieders

Zorgaanbieders die tot de doelgroep van WDH dan wel EMD horen, sluiten met hun Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ) aan op het LSP. Daarmee is hun voorwaardelijke rol in dit kader evident.

Cluster van zorgaanbieders

Het grote aantal individuele zorgaanbieders (zie ook paragraaf 2.5) noodzaakt tot een nadere clustering, die op verschillende manieren kan plaatsvinden (geografisch, regionale samenwerkingsverbanden, per XIS-leverancier). Deze clusters vervullen een ondersteunende rol in het kader van de landelijke invoering.

Regio's

Er bestaat een groot aantal (zorg)regio's in Nederland, met een ruime pluriformiteit qua doelstelling en samenstelling. Voorbeelden van regionale samenwerkingsverbanden zijn OZIS-clusters (veelal apotheken), IZIT, Rijnmondnet, etc. Ook de regio's vervullen een ondersteunende rol in dit verband.

Koepel- en beroepsorganisaties

Zorgaanbieders en patiënten kennen koepel- en beroepsorganisaties die opkomen voor de belangen en/of de professionaliteit van de betreffende groepen. Op verschillende momenten bij de landelijke invoering vervullen de koepel- en beroepsorganisaties een ondersteunende rol.

ICT-leveranciers

Hier vallen zowel de XIS-leveranciers als de ZSP'ers onder. In tegenstelling tot de diensten van een ZSP'er, die in principe inwisselbaar zijn, bestaat er een grote afhankelijkheid tussen de zorgaanbieder en zijn XIS-leverancier. De applicatie moet voldoen aan de eisen van een GBZ en de XIS-leverancier vervult een cruciale rol bij de implementatie van de GBZ-eisen. Daarmee heeft de XIS-leverancier een voorwaardelijke rol bij de invoering.

NICTIZ, VWS/CIBG en VWS/Programma Invoering EMD/WDH en BSN

Het beheer van het LSP, de standaarden/specificaties en de kwalificatietrajecten zijn belegd bij NICTIZ. Zonder LSP vanzelfsprekend geen landelijke invoering, maar in het kader van dit plan kan NICTIZ worden beschouwd als voorwaardenscheppend voor genoemde gebieden. De voorwaardenscheppende rol geldt ook voor CIBG voor wat betreft het UZI-register en de SBV-z alsmede voor het Programma Invoering EMD/WDH en BSN v.w.b. diens regio- en supporttaak.

3.2 Planning landelijke invoering en totstandkoming daarvan

Op basis van de uitgangspunten en randvoorwaarden in paragraaf 2.3 en de geduide actoren en rollen in paragraaf 3.1 valt een nadere uitwerking te geven van de aanpak om tot de invoeringsplanning te komen. Deze planning vormt de basis voor de implementatie in de regio's. Voor de totstandkoming van de planning wordt de volgende lijn van redeneren gevolgd:

- a. centrale positie in de totstandkoming en beheersing van de planning voor de zorgaanbieders (via regio's en samenwerkingsverbanden) en de XIS-leveranciers vanwege hun voorwaardelijke rol;
- b. onderscheid in de planning naar EMD en WDH;
- c. de planning wordt ingedeeld in twee of drie tranches, waarbij de indeling in eerste instantie geschiedt op basis van de door de XIS-leveranciers afgegeven plannings: tranche I is de kopgroep, tranche II de volggroep (eventueel kan een derde tranche onderscheiden worden, de restgroep);

- d. primaire gerichtheid op kansrijke regio's: koploperregio's en andere regio's waar snel succes valt te realiseren. Nadere invulling van de planning vindt plaats door inventarisatie van kansrijke regio's via regionale samenwerkingsverbanden en andere regionale structuren.
- e. ondersteuning door samenwerkingsverbanden van zorgaanbieders / regio's en koepel- en beroepsorganisaties;
- f. aangrijpingspunten: regionale samenwerkingsverbanden en bij ontbreken daarvan voor WDH de huisartsendiensten en voor EMD de samenwerkingsverbanden van apotheken en ziekenhuizen voor zover mogelijk

Door voor de planning in eerste instantie de leveranciers te benaderen en voor de implementatie de regio's, kan een elkaar versterkende aanpak ontstaan. De planning van de landelijke invoering wordt zowel voor EMD en WDH afzonderlijk opgeknipt in twee of drie tranches. De eerste tranche beslaat zowel voor EMD als WDH dit jaar.

Voor elke tranche wordt een Planningsoverleg ingericht voor de totstandkoming van de invoeringsplanningen. Onderdeel van de op te stellen invoeringsplanningen zijn eveneens de voorlichtings- en ondersteuningsactiviteiten (zie paragraaf 3.5 voor een nadere uitwerking hiervan). Onderdeel van de op te stellen plannings is ook de optimale benutting van de capaciteit van de centrale voorzieningen, i.c. UZI-register, SBV-z en LSP. Deze planningsoverleggen hebben ook een taak bij het volgen/bewaken van de invoering volgens de planning.

Voorgesteld wordt dat de volgende partijen zitting nemen in de Planningsoverleggen:

Voor WDH en EMD:

- XIS-leveranciers (zie voor indeling naar tranches Bijlage 1)
- Voorzitters gebruikersverenigingen van de betrokken XIS-leveranciers
- Vertegenwoordiger van betrokken beroepsgroepen
- Vertegenwoordiger van elk van de drie centrale voorzieningen, die verantwoordelijk is voor het inplannen in de eigen organisatie
- Programma Invoering EMD/WDH en BSN: voorzitter, planningscoördinator en medewerker communicatie

Concreet betekent dit ten aanzien van de aanpak dat in eerste instantie met de aldus geïdentificeerde partijen die relevant zijn voor tranche I een gesprek wordt aangegaan om met hen samen invulling te geven aan de invoeringsplanning.

Parallel worden op grond van een inventarisatie van regionale samenwerkingsverbanden, deze benaderd met de vraag of ze namens de bij EMD/WDH betrokken zorgaanbieders in die regio voor zichzelf een rol zien in het kader van de invoering van WDH en/of EMD. Bij afwezigheid van een regionaal orgaan die deze trekkersrol wil/kan vervullen, worden voor WDH de huisartsendiensten (HDS'en) benaderd en voor EMD samenwerkingsverbanden van apotheken en ziekenhuizen uit de betreffende regio.

Op deze wijze kan de kaart van Nederland worden "ingekleurd": door plannings van XIS-leveranciers en de mogelijkheden en actiebereidheid van regio's als het ware over elkaar te leggen ontstaat een beeld van die regio's en clusters van zorgaanbieders die in een bepaalde tranche van de planning kunnen worden opgenomen.

In het Planningsoverleg worden door VWS en de in het Planningsoverleg betrokken partijen gezamenlijk afspraken gemaakt over de planning en over het pakket van ondersteuning en voorlichting dat aangeboden kan worden.

Deze benadering betekent dat in overleg met de leveranciers, gebruikersgroepen en regio's wordt bepaald wat voor de ondersteuning de meest efficiënte structuur en timing is en welke rol elk van deze partijen daarin kan vervullen. Daarbij kunnen, zoals eerder gesteld, regionale samenwerkingsverbanden als aangrijpingspunt worden gehanteerd, maar ook HDS'en, samenwerkingsverbanden van apotheken en ziekenhuizen of zelfs groepen van gebruikers van

een bepaalde leverancier. Hiermee zal Programma Invoering flexibel moeten kunnen omgaan. Een voorbeeld: Promedico is een leverancier van Huisarts-systemen die in meerdere regio's klanten heeft. Promedico heeft 1200 ASP-gebruikers als klant. Deze klanten zouden bijvoorbeeld als een "regio" (of misschien beter "uitleenheid") op zich beschouwd kunnen worden, hoewel ze op geografische gronden niet bij elkaar geplaatst zouden worden. Hetzelfde kan gelden voor SAP die 8 ziekenhuizen als klant heeft. Met andere woorden: een "regio" waarop de ondersteuning zich richt, hoeft niet altijd een geografische regio te zijn maar kan ook een ICT-gerelateerde "uitleenheid" betreffen.

De aanpak brengt vanzelfsprekend met zich mee dat de planning voor het eerste half jaar na het GO-moment gedetailleerder zal zijn dan voor de periode daarna, mede ook omdat de capaciteit van de centrale voorzieningen telkens voor een periode van een half jaar vooruit wordt bepaald. Telkens zal verfijning van de planning voor een nieuw half jaar plaats moeten vinden in samenspraak met de partijen uit het voor die tranche relevante Planningsoverleg. Zoals gezegd wordt voor elke tranche een Planningsoverleg ingericht voor de totstandkoming van de invoeringsplanningen. De ondersteuning en voorlichting voor regio's en zorgaanbieders die in de tweede en derde tranche worden ingepland, zal vanzelfsprekend anders van aard zijn (meer gericht op awareness en "waarom") dan die gericht op de eerste tranche.

3.3 Sturing

Het ministerie van VWS zal in ieder geval de regie over de landelijke invoering houden totdat een substantieel aantal zorgaanbieders (het percentage genoemd in de doelstellingen) is aangesloten op het LSP.

Het Programma Invoering EMD/WDH en BSN van het ministerie van VWS is met de coördinatie van de operationele invoering belast, dit in nauwe samenwerking met NICTIZ en CIBG.

Het zorgveld is via de Stuurgroep ICT&Innovatie op strategisch niveau betrokken bij de totstandkoming van EMD en WDH.

Voor het welslagen van de landelijke invoering is van groot belang dat alle direct betrokken partijen ook op tactisch en operationeel niveau invloed kunnen uitoefenen. Op operationeel niveau wordt daarin voorzien door de instelling van Planningsoverleggen voor WDH en EMD (zie paragraaf 3.2). Vanuit Programma Invoering EMD/WDH wordt daarnaast direct contact onderhouden met de ingeplande regio's.

Op tactisch niveau wordt het bestaande Periodiek overleg van HIS en AIS-leveranciers met VWS uitgebouwd tot een Implementatieraad, waarin een vertegenwoordiger van elk van de betrokken partijen zitting neemt, te weten: XIS-leveranciers, koepel- en beroepsorganisaties (incl. NPCF), gebruikersverenigingen, zorgregio's, centrale voorzieningen en het ministerie van VWS (Programma ICT in de Zorg en Programma Invoering EMD/WDH en BSN).

3.4 Monitoring

Om de invoering te beheersen zal het voortdurend nodig zijn om deze te monitoren en op basis hiervan bij te sturen en zo nodig de planning bij te stellen, waarbij nauwe afstemming en goede samenwerking met NICTIZ en CIBG noodzakelijk is.

Monitoring kent de volgende bronnen:

- Een aantal zaken kan via het LSP worden gemonitord (feitelijke aansluitingen, aangemelde dossiers, gebruik).
- Daarnaast leveren de Planningsoverleggen en de plannings- en monitoringsfunctie van het Programma Invoering belangrijke monitorinformatie zoals zicht op realisatie van de in de doelstellingen benoemde percentages.

- Zicht op de planning van de ICT-leveranciers is beschikbaar via de directe contacten tussen invoeringsorganisatie en leveranciers (periodieke update).
- Met name in de beginfase zal het aanvullend nodig zijn om via adhoc-acties informatie over de stand van zaken in (de niet-koploper) regio's te verkrijgen. Bron van informatie kunnen hier de leveranciers en de regio's zijn.

Actuele en adequate informatie is van belang, ook met het oog op voortgangsrapportages aan de stuurgroep ICT&Innovatie en om de minister steeds tijdig en adequaat te kunnen informeren.

De plannings- en monitorfunctie wordt op dit moment nader uitgewerkt en ingericht door Programma Invoering EMD/WDH en BSN.

3.5 Ondersteuning landelijke invoering

In deze paragraaf wordt nader ingegaan op de vraag hoe invulling kan worden gegeven aan de ondersteuning die nodig is om de landelijke invoering mogelijk te maken en zo soepel mogelijk te laten verlopen.

3.5.1 Doel en definitie van ondersteuning

Doel van de ondersteuning is

- zorgaanbieders te informeren over en enthousiasmeren voor invoering van het landelijke EMD/WDH (awareness kweken bij individuele en georganiseerde zorgaanbieders en regio's)
- zorgaanbieders op een voor hen zo eenvoudig mogelijke wijze door het proces van aansluiten op het LSP loodsen.

Onder "ondersteuning" wordt in dit verband derhalve verstaan: het geheel aan activiteiten en middelen dat ertoe bijdraagt dat zorgaanbieders op een voor hen zo eenvoudig mogelijke wijze kunnen aansluiten op het LSP en geïnformeerd en enthousiast zijn over het EMD en WDH, inclusief BSN.

Gelet op de brede en gedifferentieerde doelgroep is van groot belang om een goede mix van middelen voor ondersteuning aan te bieden en om voorlichting en ondersteuning goed te "timen". Hier wordt ook door het veld met nadruk op gewezen. Aan ondersteuning wordt invulling gegeven met de volgende activiteiten en middelen:

- Voorlichting
- Ondersteuning
- Implementatiehulpmiddelen

3.5.2 Voorlichting

Als eerste vertrekpunt ten aanzien van voorlichting geldt dat alle zorgaanbieders individueel door het ministerie van VWS geïnformeerd zullen worden over de verplichtingen die voortvloeien uit de Wet BSN in de zorg, over het EPD en over de voorlichtingsactiviteiten die richting patiënten worden ondernomen. Dit zal gebeuren door middel van een brief en brochure aan elke individuele zorgaanbieder.

Daarnaast zal door VWS worden gezorgd voor adequate patiëntenvoorlichting, dit is van belang met het oog op de mogelijkheden tot bezwaar maken.

Voor het kweken van awareness is het daarnaast van groot belang om zorgaanbieders op verschillende manieren te informeren over en enthousiasmeren voor het EPD. Dit kan enerzijds schriftelijk en via websites en nieuwsbrieven maar hiervoor zijn ook bijeenkomsten (roadshow) nodig. Door vertegenwoordigers uit het veld wordt er met nadruk op gewezen dat een groot deel van de zorgaanbieders niet bereikt zou worden met alleen landelijke, algemene bijeenkomsten.

Gelet op de verscheidenheid en de grote omvang van de doelgroep is het van belang om rekening te houden met verschillende typen bijeenkomsten en om doelgroepspecifieke middelen in te zetten. Dat betekent dat voor de roadshow in het kader van de landelijke voorlichting over het "waarom" waar mogelijk ook bestaande overlegstructuren en bijeenkomsten moeten en kunnen worden benut, zoals de overlegstructuren die leveranciers met hun klanten hebben, maar ook opleidingsdagen van het NHG, de overlegstructuren van de apothekers etc.

Tevens moet rekening gehouden worden met de beperkte tijd die de doelgroep kan of wil besteden aan het tot zich nemen van de informatie. Voorlichting moet dus idealiter ook beschikbaar zijn op een wijze die de zorgaanbieder in staat stelt om deze op een voor hem geschikt moment tot zich te nemen. Voorlichtingsmateriaal of modules voor e-learning via de website of op CD-ROM liggen dan voor de hand.

Tot slot moet de timing van de voorlichting over het "wat en hoe" worden toegesneden op de ontwikkelingsfase van regio's en doelgroepen. Dit kan worden veilig gesteld door de voorlichting onderdeel te maken van de invoeringsplannen die in de Planningsoverleggen en in overleg met de betrokken regio's worden opgesteld (zie paragraaf 3.2).

Voor het geven van voorlichting worden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Zorg voor specifieke voorlichtingsbijeenkomsten voor specifieke doelgroepen. Maak slim gebruik van bestaande structuren en kanalen, zoals die van de leveranciers en van belangenverenigingen.
- Organiseer tevens landelijk dekkende roadshow om veilig te stellen dat VWS via geografisch gespreide bijeenkomsten zorgaanbieders landelijk de mogelijkheid heeft geboden om een voorlichtingsbijeenkomst bij te wonen. Sluit hiervoor waar mogelijk aan bij bestaande bijeenkomsten, congressen en overlegstructuren. Houd er rekening mee dat deze bijeenkomsten niet door het hele land op hetzelfde moment gehouden worden.
- Geef voorlichting op het moment waarop de regio of groep zorgaanbieders er behoefte aan heeft en de randvoorwaarden zijn ingevuld (typegekwalificeerde applicatie beschikbaar, ZSP-dekking in Nederland). Te regelen via Planningsoverleggen en de regio's.
- Overleg met belangenverenigingen of er een plaats in (bij)scholingstrajecten kan worden ingeruimd voor EMD/WDH/EPD
- Onderzoek of aan genoemde scholingsactiviteiten en/of aan het bijwonen van voorlichtingsbijeenkomsten over EMD/WDH accreditatiepunten kunnen worden verbonden.
- Ontwikkel (eventueel in samenwerking met leveranciers) modules voor e-learning en stel deze beschikbaar via de website en CD-ROM voor alle typen zorgaanbieders (ook assistenten).
- De precieze voorlichtings- en ondersteuningsactiviteiten worden ingebed in de invoeringsplanningen die in de Planningsoverleggen worden opgesteld.
- De activiteiten die in het kader van voorlichting worden ontplooid vragen inspanning van het Programma Invoering, maar ook van de centrale voorzieningen, van de leveranciers, de koepels en de regio's.

3.5.3 Ondersteuning van het veld

Om de kans op voorspoedige en succesvolle invoering van het EMD en WDH te vergroten dient aan de zorgaanbieders (of groepen van) die daadwerkelijk de voorbereidingen voor het aansluiten op het LSP en het gaan uitwisselen en gebruiken van gegevens volgens de landelijke standaarden ter hand nemen, naast voorlichting ook ondersteuning te worden geboden bij hun voorbereidingen.

In het kader van de Planningsoverleggen zal worden afgestemd over de precieze invulling die voor die periode aan de voorlichting en ondersteuning wordt gegeven en over de rol die VWS, de regio's en ambassadeurs uit het zorgveld daarin vervullen.

Vanuit de verantwoordelijkheid van VWS zal in elk geval invulling moeten worden gegeven aan drie elementen in de ondersteuning: een helpdesk waar zorgaanbieders terecht kunnen met vragen over de invoering, ondersteuning en begeleiding van groepen zorgaanbieders/regio's . (hierbij verdient het aanbeveling om ook ambassadeurs uit het zorgveld, bestuurders en zorgprofessionals, als "aanjagers" in te zetten) en een plannings- en monitoringsfunctie.

- Helpdesk

Met specifieke vragen over de invoering, het stappenplan en dergelijke moeten zorgaanbieders ergens terecht kunnen. Om die reden verdient het aanbeveling bij het Programma Invoering een helpdesk voor zorgaanbieders in te richten. Aandachtspunt daarbij is dat helder moet worden afgebakend waar deze helpdesk wel en niet voor bedoeld is. Bij de centrale voorzieningen zijn immers al diverse servicedesks ingericht. In overleg tussen centrale voorzieningen en VWS/Programma Invoering moeten hierover goede afspraken worden gemaakt, waarbij ook afgesproken dient te worden dat en in welke gevallen naar elkaar wordt doorverwezen.

- Implementatie-ondersteuning en ambassadeurs

Om handen en voeten te geven aan de ondersteuning van groepen zorgaanbieders moeten vanuit de organisatie die primair verantwoordelijk is voor een succesvolle invoering diverse implementatie-activiteiten worden ontplooid, zoals het geven van voorlichting, afstemmen met leveranciers, het aanjagen, trouble shooten, bewaken van plannings en dergelijke. Daarnaast is het wenselijk om een team van "ambassadeurs" te formeren: bestuurders en professionals uit het zorgveld die als "aanjager" in de regio's kunnen fungeren.

- Planning- en monitoringsfunctie

Naar verwachting zullen de meeste zorgaanbieders in clusters worden ingepland voor aansluiting op het LSP, op basis van de afspraken die in het Planningsoverleg en met de regio's worden gemaakt. De feitelijke planning van hun interacties met de centrale voorzieningen wordt "aan de achterkant" door de plannings- en monitoringsfunctie van het Programma Invoering, in samenspraak met de centrale voorzieningen, geregeld.

De planning- en monitoringsfunctie bij het Programma Invoering is ook beschikbaar om het individuele of kleinere groepen zorgaanbieders die zich direct melden zo eenvoudig mogelijk te maken om de juiste stappen op het juiste moment te zetten. Concreet betekent dit dat een zorgaanbieder of groep zorgaanbieders zich kan melden met de mededeling dat hij wil aansluiten op het LSP. De planning- en monitoringsfunctie zorgt er in overleg met de centrale voorzieningen voor dat de zorgaanbieder een handzame integrale planning krijgt waarin alle activiteiten die de zorgaanbieder met medewerking van de centrale voorzieningen moet uitvoeren, in de tijd zijn uitgezet. Dit voorkomt dat de zorgaanbieder apart afspraken moet maken met Programma Invoering, het UZI-register, de SBV-Z en NICTIZ.

De planning- en monitoringsfunctie biedt daarnaast gedetailleerde monitorinformatie die gebruikt kan worden bij de beheersing van de invoering en voor informatievoorziening aan de minister en de tweede kamer.

3.5.4 Implementatiehulpmiddelen

Voor zorgaanbieders zijn op dit moment reeds diverse implementatiehulpmiddelen beschikbaar: het Handboek invoering EMD/WDH met daarin het stappenplan, de website, enkele brochures.

Op basis van de ervaringen in de pilots en gesprekken met vertegenwoordigers van zorgaanbieders is duidelijk dat het materiaal verbeterd kan worden. Dit is reeds in gang gezet en de inspanningen zijn erop gericht veilig te stellen dat bij de start van de brede landelijke invoering een verbeterd Handboek en stappenplan en handzamere informatiemateriaal beschikbaar zijn. Op dat moment moeten de ervaringen uit de pilots EMD/WDH in het Handboek zijn verwerkt en "best practices" aan het Handboek zijn toegevoegd

Voor het materiaal wordt de volgende lijn gehanteerd:

- Handboek en stappenplan en de wijze waarop deze beschikbaar worden gesteld moeten gemakkelijker hanteerbaar worden voor de doelgroep (niet te omvangrijk)
- De doelgroep is divers: het materiaal dient op verschillende manieren (drukwerk maar ook digitaal) en in verschillende vormen (volledig handboek, uittreksel in de vorm van los stappenplan, factsheets etc) beschikbaar te zijn
- Houd ook rekening met materiaal voor assistenten
- Zorg ook voor "oefenmateriaal" (zie ook de passage over e-learning in paragraaf 4.2)

De verantwoordelijkheid om implementatiehulpmiddelen beschikbaar te stellen ligt primair bij VWS.

4 Eisen aan invoeringsorganisatie

De huidige invoeringsorganisatie van het ministerie van VWS, die thans belast is met de invoering van EMD en WDH, zal deze opdracht ook na 1 juli 2007 voortzetten.

De eisen aan deze organisatie op grond van voorgaande opzet van de landelijke invoering wordt in deze paragraaf nader uitgewerkt.

Opdracht

Het Programma Invoering EMD/WDH en BSN voert in opdracht van het ministerie van VWS de regie over de landelijke invoering van EMD en WDH. Dat betekent dat op basis van een goedgekeurd Plan voor de landelijke invoering de organisatie tot taak heeft om een substantieel aantal zorgaanbieders (zie ook paragraaf 2.1) planmatig en beheerst aan te laten sluiten op het LSP.

Positie en rol

Het Programma Invoering EMD/WDH en BSN vervult naar de beheerders van de centrale voorzieningen, i.c. NICTIZ en CIBG, de regierol voor wat betreft de landelijke invoering en coördineert vanuit die rol de implementatieactiviteiten. Dit alles in nauw en goed overleg met de betrokken organisaties.

Het coördineren van de implementatieactiviteiten dient een tweeledig doel: het bevordert een effectieve inplanning van de centrale voorzieningen t.b.v de zorgaanbieders en hun leveranciers én het biedt een instrument om de capaciteit van de centrale voorzieningen optimaal te benutten.

Naar het zorgveld toe vormt het Programma Invoering EMD/WDH en BSN het aanspreekpunt voor de opstelling en de bewaking van de invoeringsplanning en het zorg dragen voor voorlichting, ondersteuning en implementatiehulpmiddelen.

Taken

- Regievoering: planvorming en coördinatie
- Planning, sturing en monitoring
- Coördinatie inzet centrale voorzieningen in het kader van de landelijke invoering
- Voorlichting en beschikbaar stellen van implementatiehulpmiddelen
- Ondersteuning veld (begeleiden, stimuleren, troubleshooting, etc.)

Bijlage 1: Implementatiemogelijkheden leveranciers

Bijlage 2: Overzicht aantallen zorgaanbieders

Cure EMD/WDH	Aantal zorgverleners	Aantal zorgaanbieders	Jaar	Extra info / Bron	Opmerking/ aanname
Huisartsen	8.495	3.871	2006	Nivel	Wet BIG, art 3
Huisartsen	9.404		2004	Brancherapporten VWS	waarvan 912 waarnemend huisartsen
Doktersassistenten		54	2004	VHN	
Huisartsendienstenstructuur (directies HAP)		127	2004	VHN	Nijmegen en Twente: dienstenstructuur = abonnee.
Ziekenhuizen					
Academische ziekenhuizen					
Algemene ziekenhuizen					
Categorale ziekenhuizen - Revalidatiecentra		8	2006	Prismant	
Categorale ziekenhuizen - Overige categorale ziekenhuizen		85	2006	Prismant	
		15	2006	Prismant	
		10	2006	Prismant	
Medisch specialisten	16.077	1.940	2003	Brancherapporten VWS	Aanname: specialisten vragen via instelling als abonnee een pas op naam aan. Maatschap niet meeteilen als abonnees.
Verpleegkundigen	79.550		2002	Brancherapporten VWS	Aanname: verpleegkundigen zijn werkzaam bij instelling als abonnee.
Apothekers					
Apothekers in ziekenhuizen	453	86	2003 resp.2004	Brancherapporten VWS	Aanname: apotheken hanteren eigen systeem binnen ziekenhuis. Vragen zelf als abonnee passen voor medewerkers aan.
Apothekers openbare	2.681	1.732	2003 resp.2004	Brancherapporten VWS	
Apotheek houdende huisartsen					
Apothekersassistenten	16.328	584	2006	Nivel	Onbekende overlap met huisartsenpraktijken.
TOTAAL CURE EMD/WDH	132.988	8.512	2003	Brancherapporten VWS	Aanname: assistentes zijn werkzaam in een apotheek welke als abonnee passen voor medewerkers aanvraagt.

¹ - Huisarts(en) heeft (hebben) een huisartsenpraktijk. - Huisartsenpraktijken zijn georganiseerd in huisartsengroepen (HAGRO's, bijv. De Schakel). Dit is een lokale organisatie die meestal een wijk of een (deel) dorpen bestrijkt. Huisartsengroepen zijn vervolgens georganiseerd in huisartsenposten (HAP, bijv. Nijmegen, Wijchen en Boxmeer), hier wordt in een regio de zorg bestrijkt in ANW uren. Huisartsenposten zijn vervolgens georganiseerd in een huisartsen dienstenstructuur (HDS, bijv. CHN en Primair), dit is meestal de organisatie (bestuur, administratie, financiën, etc.)

Cure Overig	Aantal zorgverleners	Aantal zorgaanbieders	Jaar	Extra info / Bron
Paramedische zorg				
Fysiotherapeuten (alleen extramuraal)	13.355	4.683	2005	Nivel Wet BIG, art 3
Paramedische praktijken		3.125	2006	Prismant
Ergotherapeuten	2.840		2004	Nivel Wet BIG, art 34
Logopedisten	4.410		2004	Brancherapporten VWS Wet BIG, art 34
Diëtisten	2.415		2004	Nivel Wet BIG, art 34
Mondhygiënisten	2.300		2004	Nivel Wet BIG, art 34
Orthoptisten	329		2004	Nivel Wet BIG, art 34
Optometristen	?		?	Wet BIG, art 34
Podotherapeuten	455		2004	Nivel Wet BIG, art 34
Radiotherapeuten	1.035		2002	Brancherapporten VWS Wet BIG, art 34
Huidtherapeuten	230		2004	Nivel Wet BIG, art 34
Oefentherapeuten Mensendieck	905	200	2004/2006	Nivel resp. Prismant Wet BIG, art 34
Oefentherapeuten Cesar	940		2004	Nivel Wet BIG, art 34
GGZ-instellingen		120	2006	GGZ NL, bestand 2006 + prismant
Praktijken Gezondheidspsychologen en psychotherapeuten		1.175	2006	Prismant Kwaliteitswet inst
GGZ - Gezondheidszorgpsychologen	10.315		2004	BIG Wet BIG, art 3
GGZ - Psychotherapeuten	6.112		2004	BIG Wet BIG, art 3
GGD				
Tandartsen(praktijken)	7.950	5.500	2004	GGD NL, bestand dec 2006 Brancherapporten minVWS Wet BIG, art 3
Tandartsassistenten	16.365		2004	Brancherapporten minVWS ?
Zelfstandig verpleegkundigen eerstelijnszorg		5.000	2003	LEVU ?
Vertoskundige praktijken	2.197	466	2006	Nivel Wet BIG, art 3
Orthopedagogen	?			
Klinisch fysici	?			
Radiodiagnostisch laboranten				aaname: is geen Wet BIG, art 34 Wet BIG, art 34

Aaname: medewerkers zijn werkzaam in tandartspraktijken. Praktijk treedt op als abonnee.
Aaname: medewerkers zijn werkzaam in cure overig instellingen. Instelling treedt op als abonnee.

	?	?		zorgaanbieder		
Tandprotetici						
Verzorgende in individuele gezondheidszorg						
Privé-klinieken, Zelfstandige behandelcentra						Wet BIG, art 34
Curatieve somatische gezondheidszorg?						Wet BIG, art 34
Trombosediensen			105	CBS	2006	Kwaliteitswet instel
Kankercentra	20		2006	CBS		
Kraamzorg	?			ZVW/AWBZ		
Abortusklinieken	?			ZVW/AWBZ		
Oncologisch radiotherapeut inst.	10		2006	ZVW		
Gezondheidscentra	15		2006	CBS, AWBZ		
Arbo-diensten	280		2006	CBS, ZVW/AWBZ		
	1225		2006	CBS, Indiv.		
Preventieve openbare gezondheidszorg	594		2006	gezondheidszorg		
Medische laboratoria, bloedbanken, e.d.	210		2006	CBS, premiesubsidie of indiv. gezondheidszorg		
TOTAAL CURE OVERIG	72.153		23.001	CBS, Indiv. gezondh., AWBZ, ZVW		

Care	Aantal zorgverleners	Aantal zorgaanbieders	Jaar	Extra info / Bron
CIZ	3.300	1		CIZ, 16-80 Artikel 1 lid d/9a lid 1?
Verpleeghuizen				
Verzorgingshuizen		345	2004	Brancherapporten VWS Kwaliteitswet instel (357, VH)
Thuiszorgorgs.		1.340	2003	Brancherapporten VWS Kwaliteitswet inst (1391, VZH)
Gehandicaptenzorg (VGN)		174	2003	Brancherapporten VWS AWBZ
Jeugdzorg		183	2003	Brancherapporten VWS AWBZ
		80	2006	Prismant/website mogroep Artikel 9b, lid 4/Wet Jeugdzorg
TOTAAL CARE	3.300	2.123		

