

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



# Realisatie EMD / WDH fase I

4 november 2005

## Inhoudsopgave:

1. Aanleiding, doel en inhoud van dit document.....	2
2. Waar staan we en wat moet er nog gebeuren? .....	4
2.1 Opzet implementatieprogramma.....	4
2.2 Overzicht realisatie mijlpalen .....	5
2.3 Programmalijn 1: Landelijk Schakelpunt (LSP).....	7
2.4 Programmalijn 2: Burger Service Nummer (BSN) .....	9
2.5 Programmalijn 3: Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI).....	10
2.6 Programmalijn 4: Koploperinstellingen/omgevingen.....	11
2.7 Communicatie .....	12
2.8 Centrale support.....	13
2.9 Planning en afhankelijkheden .....	14
2.10 Doorontwikkeling EMD en WDH .....	17
3. Veilige en betrouwbare uitwisseling van gegevens.....	18
3.1 De elementen van het vertrouwensmodel .....	19
3.2 Eisen die aan de elementen van het vertrouwensmodel worden gesteld .....	21
Bijlage 1 Monitoringinstrument koplopers.....	26
Bijlage 2 Gebruikte afkortingen .....	27

# 1. Aanleiding, doel en inhoud van dit document

Dit document is een vervolg van het op 3 juni jl. aan de Tweede Kamer aangeboden spoorboekje annex implementatieplan EMD/WDH fase 1. Begin september heeft de Tweede Kamer de Technische voortgangsrapportage tot en met augustus 2005 ontvangen. De conclusie van de voortgangsrapportage is dat de voortgang tot en met augustus volgens planning is verlopen. Daarnaast is aangegeven dat vanaf september/oktober meer duidelijkheid zal ontstaan over de aanbesteding van het LSP, de mate waarin ICT-leveranciers in staat zijn om hun systemen aan te passen, de eerste ervaringen met de koplopers en de invloed hiervan op de planning.

Naast de implementatie EMD/WDH worden er momenteel andere majeure veranderingstrajecten doorgevoerd in de Nederlandse zorgsector; dat betreft de invoering van de DBC's en de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet. Beide trajecten beïnvloeden overigens het elektronisch declaratie traject dat vanaf januari 2006 operationeel wordt. Ook wordt binnen NICTIZ gewerkt aan de doorontwikkeling van het EPD. Al deze trajecten hebben invloed op de voortgang van de implementatie EMD/WDH.

Er zijn sinds de genoemde voortgangsrapportage veel ontwikkelingen geweest. De afgelopen periode heeft het onderwerp beveiliging rondom ziekenhuisautomatisering en elektronische medische dossiers in de landelijke belangstelling gestaan. Naar aanleiding hiervan is gesteld dat zorgvuldigheid de hoogste prioriteit heeft bij de invoering van de landelijke elektronische dossiers. In hoofdstuk 3 wordt hierom ingegaan op beveiliging en de elementen die het vertrouwen in het EMD/WDH dienen te borgen.

Een audit uitgevoerd door het HEC is afgerond. De gerapporteerde risico's en aanbevelingen zijn door het implementatieteam ter harte genomen en omgezet in concrete acties om de geïdentificeerde risico's te beheersen en de aanbevelingen door te voeren.

In de afgelopen periode is veel bewerkstelligd. Ook is afgelopen weken zicht gekregen op de noodzakelijke technische doorlooptijd dit betekent dat de planning van ondermeer het LSP en het koplopertraject is aangepast. Het doel van dit document is dan ook om de huidige stand van zaken te schetsen en de invloed van alle ontwikkelingen op het vervolgtraject van de realisatie van EMD/WDH fase 1 weer te geven.

## ***Monitoren proces***

Voordat de landelijke invoering van het EMD/WDH wordt ingezet, is het van belang dat de koplopertrajecten geëvalueerd worden. Daarvoor is een monitoringinstrument voor de koploperregio's ontwikkeld met het doel tijdig risico's en knelpunten te signaleren (zie bijlage 1).

## ***Evaluatie koplopers***

Het monitoringinstrument richt zich op de voortgang van de koplopers. In aansluiting hierop wordt een evaluatie-instrument ontwikkeld dat gericht zal zijn op de inhoudelijke evaluatie van het koplopertraject. Hierbij gaat extra aandacht uit naar de beveiliging van zowel lokale als centrale systemen. Bij de evaluatie van de koplopertrajecten wordt ook gekeken naar de daadwerkelijke kosten voor het aanpassen van de systemen en processen binnen de koploperregio's. Pas nadat het koplopertraject is afgerond en geëvalueerd, kan een concrete planning van de landelijke uitrol van het EMD/WDH worden opgesteld.

In het navolgende hoofdstuk wordt in de eerste paragraaf eerst nog eens kort de opzet van het implementatieprogramma samengevat. Vervolgens is in hoofdstuk 2 een overzicht van de realisatie van de mijlpalen opgenomen. Daarna wordt ingegaan op de stand van zaken van de implementatie en

de planning van de activiteiten die nog moeten worden uitgevoerd om tot een afronding van het koplopertraject te komen. Paragraaf 2.9 gaat in op de planning voor 2006, waarbij tevens de afhankelijkheden zijn aangegeven. Tot slot wordt in dit hoofdstuk de doorontwikkeling van het EMD en het WDH kort toegelicht. Hoofdstuk 3 gaat in op veilige en betrouwbare uitwisseling van gegevens. Hiervoor is een vertrouwensmodel opgezet; de elementen hiervan en de eisen hieraan worden besproken.

Dit document is een gezamenlijke productie van VWS, CIBG en NICTIZ.

## 2. Waar staan we en wat moet er nog gebeuren?

In dit hoofdstuk wordt allereerst de inhoud van het implementatieplan EMD/WDH fase 1 en de programmaliijnen samengevat. Daarna wordt aangegeven hoever de realisatie van het EMD/WDH is ten opzichte van de planning die is afgegeven in het 'spoorboekje'. Vervolgens wordt de stand van zaken per programmaliijn toegelicht en de invloed hiervan op de planning weergegeven. Extra aandacht wordt besteed aan de onderlinge afhankelijkheden, met name planningtechnisch, tussen de programmaliijnen. Tot slot wordt kort een blik gegeven op de doorontwikkeling van zowel het EMD als het WDH.

### 2.1 Opzet implementatieprogramma

Ten behoeve van de implementatie van het EMD en het WDH is een implementatiestuurgroep onder leiding van de Directeur-generaal Gezondheidszorg van VWS met vertegenwoordigers uit het veld opgericht. De Stuurgroep rapporteert periodiek aan de minister van VWS. In de Stuurgroep zijn de volgende partijen vertegenwoordigd: VWS, NICTIZ, NHG, KNMP, NVZ, NFU, NPCF, IGZ, Orde en ZN. De brancheorganisaties hebben zelf een plan van aanpak gemaakt voor de mobilisatie van hun achterban en de activiteiten die ondernomen worden in het kader van de landelijke implementatie. Deze activiteiten worden tijdens periodiek overleg met de betrokken organisaties afgestemd.

Het implementatietraject gaat gepaard met een uitgebreide communicatie naar het veld. Over de voortgang van de implementatie wordt periodiek aan de Tweede Kamer gerapporteerd. NICTIZ, die het ontwerp voor het EMD/WDH heeft gemaakt, pakt de doorontwikkeling van het EPD op. Deze EPD doorontwikkeling valt buiten de scope van de implementatie EMD/WDH.

Er is een implementatiemanager aangesteld vanuit Capgemini die de koers van de implementatie bewaakt. De implementatiemanager heeft een neutrale rol tussen VWS, NICTIZ, CIBG en betrokken partijen en rapporteert aan de Stuurgroep. De coördinatie van het implementatietraject verloopt via het Implementatieteam bestaande uit de implementatiemanager, programmaleiders en experts.

De implementatie verloopt langs vier programmaliijnen:

- **Programmaliijn 1: Landelijk Schakelpunt (LSP)**  
Het LSP zorgt voor de uitwisseling van berichten tussen zorgverleners, waarmee op een veilige manier de informatie uit EMD en WDH kan worden opgevraagd en aangeleverd;
- **Programmaliijn 2: Burger Service Nummer (BSN)**  
Het Burger Service Nummer (BSN) zorgt voor de unieke identificatie van de patiënt of cliënt, zodat de juiste informatie tussen zorgverleners kan worden uitgewisseld, zonder persoonsverwisseling;
- **Programmaliijn 3: Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI)**  
Met behulp van UZI-passen kunnen zorgaanbieders veilig elektronisch communiceren. Zij kunnen in de communicatie hun identiteit bevestigen, gegevens voor anderen beveiligd versturen of vastleggen en zij kunnen een wettelijk geldige elektronische handtekening zetten. De invoering van de UZI-passen en de achterliggende infrastructuur is een belangrijke voorwaarde voor het EMD/WDH en BSN gebruik;
- **Programmaliijn 4: Koploperinstellingen/omgevingen**  
De koploperregio's zijn de eersten die gebruik gaan maken van het EMD/WDH. De koplopers zullen een voorbeeldfunctie vervullen voor de andere zorgaanbieders en zullen daarom zo snel mogelijk aansluiten op de landelijke infrastructuur.

Naast deze vier programmalijnen wordt de communicatie en het ontwikkelen van een centrale support organisatie door het implementatieteam gecoördineerd. Rondom informatiebeveiliging heeft een werkgroep het vertrouwensmodel integraal beschreven. De coördinatie van de realisatie van het vertrouwensmodel ligt bij de implementatieteam (zie hiervoor hoofdstuk 3).

Wat betreft de financiering van het EMD/WDH zijn de uitgangspunten dat de kosten voor de bouw en inrichting van de landelijke infrastructurele voorzieningen voor rekening van de overheid komen. Ook de eerste UZI-passen en bijbehorende kaartlezers worden door de overheid aangeboden. De aanpassing van de ICT-systemen (afgezien van de subsidie voor koplopers) is de verantwoordelijkheid van het veld zelf.

## **2.2 Overzicht realisatie mijlpalen**

In deze paragraaf wordt aangegeven welke mijlpalen inmiddels volgens planning zijn gerealiseerd. Daarna wordt beschreven welke mijlpalen in de tijd verschuiven ten opzichte van de oorspronkelijke planning.

### ***Gerealiseerde mijlpalen:***

#### **Programmalijn LSP**

- De Europese aanbesteding van het LSP is afgerond. De gunning is verleend aan CSC Computer Sciences B.V. om de bouw voor haar rekening te nemen.
- Voor de leveranciers van zorginformatiesystemen is de tweede versie van het Handboek ICT-Leveranciers in de Zorg opgeleverd, met daarin een overzicht van de te ondernemen activiteiten voor het aanpassen van hun software.
- Het ontwikkelen van testfaciliteiten verloopt volgens planning.
- Met ICT-leveranciers is structureel overleg opgestart over de aanpassing van de diverse informatiesystemen.

#### **Programmalijn BSN**

- De sofi AMvB wordt begin november gepubliceerd in het Staatsblad. Als de AMvB van kracht is kunnen sofi-nummers gebruikt worden in de regio's die gaan proefdraaien met het EMD en WDH.
- De Wabb is de Tweede Kamer aangeboden.
- Begin november wordt het wetsvoorstel BSN in de Zorg de Tweede Kamer aangeboden.
- De ontwikkeling van de SBV-Z ligt op schema.
- Het CIBG heeft een testmanager aangesteld voor de SBV-Z. Testdoelen zijn geformuleerd. De komende periode staat in het teken van het verder uitwerken van de testaanpak. Testsets en testscenario's worden opgesteld.
- Het onderzoek naar de kwaliteit van de vastlegging van (persoons)gegevens in de zorgpraktijk is in september verschenen. Op basis hiervan is bepaald welke acties er bij de toekomstige gebruikers van het BSN noodzakelijk zijn ten aanzien van de gegevensbestanden, voordat de koppeling gelegd wordt met het persoonsnummer. De koploperregio's EMD/WDH worden gebruikt om ervaring op te doen met deze materie.
- Ter ondersteuning van de koploperregio's is een handleiding opgesteld voor het gebruik van persoonsnummers tijdens de proef. Het is de bedoeling deze handleiding mee te laten groeien met de opgedane praktijkervaring. Vragen en opmerkingen uit de koploperregio's zullen in deze handleiding worden verwerkt. De kennis die hiermee wordt opgedaan wordt opgenomen in volgende versies van de handleiding voor bredere doelgroepen, zoals huisartsen, ziekenhuizen en apothekers.

### **Programmalijn UZI**

- De productiemogelijkheid van UZI-passen voor individuele zorgverleners, passen onder abonnee zorginstelling, services certificaten onder abonnee zorginstelling en testpassen verloopt volgens planning. De productiemogelijkheden van UZI-passen onder abonnee individuele zorgverlener volgen eind 2005.
- Documentatie, contracten en ondersteunende materialen zijn gereed. Op 11 juli is het uitgebreide systeem in productie genomen, zodat de passen voor zorgverleners en medewerkers van zorginstellingen kunnen worden geproduceerd. Inmiddels zijn vele aanvragen voor registratie van een zorginstelling bij het UZI-register binnengekomen.
- Sinds begin juni is een testomgeving beschikbaar voor ontwikkelaars en leveranciers. Zij kunnen een testset aanvragen bij het UZI-register. De testset bestaat uit programmatuur, een kaartlezer, een set test-UZI-passen en de mogelijkheid gebruik te maken van de diensten van de testomgeving van het UZI-register. Met behulp van deze testset zijn leveranciers en ontwikkelaars in staat om hun eigen applicaties te testen in combinatie met de UZI-passen.
- Ter ondersteuning van de projectleiders van de koplopers is er een handleiding voor de implementatie van de UZI-passen beschikbaar, aangevuld door informatiefilmpjes. Ook is beschreven welke ondersteuning de koplopers van het UZI-register mogen verwachten in het kader van de implementatie.
- Voor de individuele deelnemers van een koploper die in bezit zijn van een UZI-pas is een centraal nummer beschikbaar gesteld waar een afspraak voor een installatie gemaakt kan worden. Voor zorginstellingen zal in overleg instructie gegeven worden aan de ICT medewerkers die belast zijn met de installatie aldaar.
- De helpdesk van het UZI-register gaat vooralsnog fungeren als contactpunt voor de niet technische vragen over de implementatie van EMD/WDH. De nieuwe algemene UZI brochure: 'Veilige en betrouwbare informatie verzorgd!' is sinds eind juli beschikbaar.

### **Programmalijn Koplopers**

- De selectie van de koplopers is begin juli afgerond. Via een evenwichtige en transparante toetsing heeft een selectie van koplopers plaatsgevonden. Uit de 27 aanmeldingen voor het EMD-programma zijn de regio's Nijmegen, Amsterdam, Noord-Holland Noord, Harderwijk, Kennemerland en Rotterdam geselecteerd. Uit de 22 aanmeldingen voor het WDH-programma zijn geselecteerd: Nijmegen, Twente, Friesland, Drenthe, Leiden en Utrecht.
- Op 5 augustus is er door alle koploperregio's aan alle XIS-leveranciers een standaard offerte aanvraag (met als bijlage regio specifieke aandachtspunten) verzonden.
- De prestatiecontracten met koplopers zijn 29 augustus jl. getekend. Daarmee is officieel de start gemaakt met het EMD en het WDH.

### ***Mijlpalen die verschuiven:***

#### **Programmalijn LSP**

- In het veld bestaat een groot belang bij de invulling van adequate beveiliging en inzicht in de gevolgen hiervan voor de eigen informatiesystemen. Iets later dan in eerste instantie werd aangegeven, zal de bouw van het LSP eind januari 2006 operationeel gereed zijn voor gebruikers/koplopers en leveranciers. Daarna vindt de test en acceptatie door gebruikers en leveranciers plaats. Hiervoor wordt meer tijd gereserveerd dan aanvankelijk gepland. Zowel ICT-leveranciers als gebruikers krijgen de tijd om het systeem uitgebreid te testen. Daarna kunnen de referentieomgevingen (de eerste koplopers) aansluiten op het LSP.
- De te nemen acties om te komen tot daadwerkelijke kwalificering van Zorg Service Providers (ZSP) zijn in gang gezet, voor Goed Beheerde Zorgsystemen (GBZ) zijn ze in voorbereiding.
- De bouw van het LSP is inmiddels gestart en de geplande opleverdatum is 31 januari 2006. Daarna moet echter nog test en acceptatie door de leveranciers en koplopers plaatsvinden voordat EMD en WDH operationeel kunnen gaan. In de voorgenomen planning is voorzien dat

deze fase eerder zou starten dan 31 januari 2006. Dat blijkt echter niet mogelijk. Voor de test- en acceptatiefase geldt namelijk dat er een sterke afhankelijkheid is van koploperspoor. In dat traject moeten de ICT-leveranciers de benodigde aanpassingen in de informatiesystemen van de koplopers tijdig doorvoeren. Voorwaarde voor het kunnen testen is derhalve de beschikbaarheid van aan de landelijke standaarden aangepaste informatiesystemen.

#### **Programmalijn BSN**

- Binnen de programmalijn BSN is een aantal mijlpalen verschoven, zoals de ondersteuning van de koploperregio's in het gebruik van het BSN en het testen van de Sectorale berichtenvoorziening Zorg in combinatie met het Landelijk Schakelpunt. De bestaande overall planning van de BSN invoering biedt ruimte voor deze verschuivingen.

#### **Programmalijn UZI**

- De productiemogelijkheden van UZI-passen onder abonnee individuele zorgverlener volgen eind 2005.

#### **Programmalijn Koplopers**

- De koploperregio's dienen op basis van offerteaanvragen en onderhandelingsrondes tot contractvorming te komen met betrokken ICT-leveranciers. De planning loopt uit vanwege moeizame onderhandelingen. Deze onderhandelingsrondes lopen vooral voor wat betreft de EMD-koplopers stroef. Voor de WDH-koplopers geldt dat naar verwachting met een aantal belangrijke leveranciers binnen afzienbare tijd tot contractvorming over kan worden gegaan. Gezien het bovenstaande punt is de mijlpaal "afgesloten contracten met betrokken leveranciers" die op 15 oktober gepland stond, opgeschort. Er zal opnieuw een fase van onderhandeling tussen koplopers en hun ICT-leveranciers intreden. Overigens zullen de koploperregio's ondertussen wél doorgaan met de organisatorische en technische voorbereiding voor zover niet afhankelijk van de ICT-leveranciers.

### **2.3 Programmalijn 1: Landelijk Schakelpunt (LSP)**

Het LSP zorgt voor de uitwisseling van berichten tussen zorgverleners, waarmee op een veilige manier de informatie uit EMD en WDH kan worden opgevraagd en aangeleverd.

#### ***Stand van zaken fase 1***

De Europese aanbesteding van het LSP is volgens planning verlopen. De gunning is verleend aan CSC Computer Sciences B.V. Op basis van de afgegeven planning van de geselecteerde leverancier, wordt het LSP eind januari 2006 technisch opgeleverd. Na oplevering wordt een ketentest uitgevoerd, waarin de foutloze samenwerking tussen de verschillende onderdelen van de landelijke basisinfrastructuur en de XIS-software in de referentieomgevingen wordt getoetst. Deze ketentesten kunnen worden uitgevoerd zodra een minimum aantal zorgaanbieders over een Goed Beheerd Zorgsysteem (GBZ) beschikken en koppelingen met UZI en SBV-Z zijn gerealiseerd. Naar het zich nu aan laat zien kunnen deze ketentesten voor WDH begin september 2006 afgerond worden, waarmee het LSP en de eerste koplopers operationeel kunnen worden. Begin december 2006 is de ketentest voor EMD afgerond. De definitieve ontwikkeltijd van de leveranciers is momenteel nog niet bekend en vormt een risico in de planning.

In de ondersteuning van het koploperprogramma wordt een aanmerkelijk zwaarder beroep gedaan op de technische expertise uit het LSP-team dan in eerste instantie was voorzien. Dit betekent dat niet alleen in het kader van de ketentesten ondersteuning wordt verleend, maar dat aan alle koplopers technische ondersteuning wordt geboden tot en met het moment van aansluiten op de landelijke infrastructuur. Hiermee wordt er tevens voor gezorgd dat GBZ'en en ZSP's voldoen aan de opgestelde eisen betreffende beschikbaarheid, betrouwbaarheid en beveiliging.

## **Activiteiten 2006 fase 1**

Afronding van de realisatie van het LSP staat gepland voor begin 2006 en de voorbereiding en uitvoering van de ketentest WDH zal begin september 2006 worden afgerond. Meteen daarna kunnen de overige WDH-koplopers, als zij hun organisatie en systemen hebben aangepast aan de GBZ-eisen, worden aangesloten op de landelijke basisinfrastructuur. Tevens staat een nieuwe versie van het Handboek voor ICT-leveranciers in de zorg gepland, zodat alle ervaringen vanuit de koplopers goed gedocumenteerd beschikbaar komen voor de rest van het land. De beschikbaarheid van testfaciliteiten voor ICT-leveranciers zal worden doorgezet tot het moment van aansluiting van alle koplopers en moet, in het kader van de landelijke uitrol, ook daarna worden gecontinueerd.

Parallel aan de realisatie van het LSP zal organisatorisch invulling worden gegeven aan het beheer van het LSP in de exploitatiefase. Het operationele beheer van het LSP is in de aanbesteding meegenomen en is de verantwoordelijkheid van de partij die het LSP exploiteert. Er zijn expliciete eisen gesteld aan het beheer en binnen NICTIZ zijn processen ingericht om toe te zien op deze afspraken. Het realiseren van aanvullingen en wijzigingen in de dienstverlening en de techniek maken deel uit van deze afspraken. De snelheid waarmee op nieuwe eisen en wensen gereageerd kan worden zal mede bepalend zijn voor het succes van het LSP. Tot slot wordt gestart met de marketing van het LSP, dat wil zeggen dat de voordelen van landelijke communicatie in de zorg duidelijk worden gemaakt en de mogelijkheden worden uitgedragen die aansluiting op het LSP schept voor de (nabije) toekomst. Dit laatste uiteraard aansluitend op de algemene communicatiestrategie.

### **Standaardisatie noodzakelijk voor functioneren LSP**

Zoals hierboven aangegeven verzorgt de landelijke basisinfrastructuur de uitwisseling van en inzage in patiëntinformatie, waardoor zorgpartijen snel en veilig transmuraal patiëntinformatie kunnen uitwisselen. Zorgverleners kunnen actuele patiëntinformatie opvragen uit systemen van collega-ziekenhuizen, apotheken en huisartsen. Om dit mogelijk te maken is het nodig dat zowel technisch als inhoudelijk dezelfde 'taal' wordt gesproken. Daarom spelen technische en inhoudelijke standaarden een cruciale rol bij het realiseren van de landelijke basisinfrastructuur.

Binnen de landelijke basisinfrastructuur is gekozen voor het gebruik van (vaak al bestaande) standaarden. Sommige standaarden zijn puur een gegeven vanuit de ICT-industrie (zoals TCP/IP, SSL en SOAP). Daarnaast zijn er al zorgspecifieke standaarden in gebruik, zoals de G-standaard voor medicatie en de NEN-7510 norm voor informatiebeveiliging in de zorg. Waar mogelijk wordt gewerkt met deze bestaande standaarden.

Er zijn echter terreinen waar nog hard wordt gewerkt aan de ontwikkeling van standaarden. Door onder andere NEN en NICTIZ wordt actief meegewerkt aan de noodzakelijke nieuwe standaarden. Een voorbeeld hiervan is de internationale HL7 standaard. De HL7v3 implementatiehandleidingen bevatten daadwerkelijk nieuw materiaal ten opzichte van de internationale standaard, om toepassing binnen de Nederlandse context mogelijk te maken. Andere voorbeelden zijn de actieve Nederlandse inbreng in CEN en ISO. Door te werken met internationale standaarden wordt tegemoet gekomen aan het internationale karakter van onderzoek in de gezondheidszorg en aan de internationale aanbieders van informatiesystemen voor de gezondheidszorg.

In 2006 wordt, mede op basis van de praktijkervaringen, gezorgd voor vaststelling van de gebruikte (HL7v3) standaarden door middel van opname van de Nederlandse ontwikkelingen in de internationale standaard en de doorontwikkeling hiervan in de internationale context. Dit betekent ook dat aanpassingen in het kader van de internationale ontwikkelingen doorvertaald moeten worden naar de nationale versies en/of implementatiehandleidingen. Een vergelijkbaar vertaalproces is zichtbaar bij WHO standaarden als ICD en ICPC. Daarnaast wordt de participatie in CEN en ISO gecontinueerd en waar nodig geïntensiveerd.



## **2.4 Programmalijn 2: Burger Service Nummer (BSN)**

Het Burger Service Nummer (BSN) zorgt voor de unieke identificatie van de patiënt, zodat betrouwbaar en efficiënt informatie tussen zorgverleners kan worden uitgewisseld en verwisselingen van personen en gegevens wordt voorkomen. De introductie van het gebruik van authentieke persoonsgegevens en identificatie van patiënten betekent een grote verandering voor de zorgsector. De invoering van het BSN is noodzakelijk om op een betrouwbare manier elektronisch gegevens te kunnen uitwisselen. Het bevorderen van het gebruik van het BSN door de voordelen ervan te laten zien is een permanente taak voor de programmalijn BSN in de zorg.

De invoering van het BSN raakt de hele zorgsector inclusief de zorgverzekeraars. In dit plan wordt ingezoomd op het gebruik van het BSN in het kader van het EMD/WDH. De doelgroepen zijn apothekers, huisartsen, huisartsenposten en ziekenhuizen.

### ***Stand van zaken fase 1***

In het plan voor 2005 is een pad uitgezet naar het gebruik van het BSN in een aantal koploperregio's. Als deze route met succes is afgelegd is de status op 1 januari 2006 als volgt:

- In samenwerking met de BVBSN is de mogelijkheid beschikbaar om patiëntenbestanden te voorzien van een persoonsnummer. De juridische basis hiervoor is een AMvB die het experimentele gebruik van sofi-nummers in de zorg toestaat.
- De Sectorale Berichtenvoorziening in de Zorg (SBV-Z) is gereed en aangesloten op de BVBSN. Koploper-gebruikers met een UZI-pas krijgen toegang; het zoeken en verifiëren van persoonsnummers is mogelijk. De SBV-Z kan via de BVBSN putten uit de gegevens van de GBA, inclusief persoonsnummer.
- Het ontwerp van de *Wet op het gebruik van het BSN in de zorg* wordt begin november bij de Tweede Kamer ingediend. Samen met het ontwerp van de *Wet Algemene Bepalingen BSN* is het juridische kader voor het BSN in de zorg daarmee in de fase van parlementaire behandeling.
- Een voorwaarde om het BSN binnen de zorg te kunnen gebruiken is, dat de systemen van zorgorganisatie wat betreft hun patiënten/cliëntenadministratie zijn aangepast op het BSN. Landelijk zijn aan de softwareleveranciers de technische specificaties beschikbaar gesteld om deze aanpassingen te realiseren. De voortgang daarvan wordt gemonitord.

### ***Activiteiten 2006 fase 1***

In vervolg op de activiteiten in 2005 wordt in 2006 en begin 2007 gewerkt aan de ondersteuning en evaluatie van de koploperregio's bij het gebruik van het BSN. Het aantal koplopers dat met een persoonsnummer gaat werken loopt op tot de beoogde 12 koploperregio's. Voor het gebruik van het persoonsnummer bij de koplopers zullen evaluatiecriteria worden ontwikkeld. Naast technische aspecten komen daarbij ook de organisatorische randvoorwaarden aan bod. De werking van het vertrouwensmodel rondom het persoonsnummer wordt eveneens geëvalueerd. Het vervolg van de invoering van het BSN bij de gehele doelgroep van artsen, huisartsenposten, apothekers en ziekenhuizen is mogelijk na de evaluatie van de koploperregio's.

Cruciaal voor de planning is het van kracht worden van de wettelijke bepalingen die het gebruik van het BSN in de zorg mogelijk maken. Vanaf dat moment kan het BSN worden gebruikt door de zorgaanbieders buiten de koploperexperimenten. Tot die tijd kan gewerkt worden aan het gereedmaken van de bedrijfsvoering bij zorgaanbieders, voor het gebruik van het BSN als identificerend gegeven. Onder andere opschonen en aanvullen van de persoonsgegevens in de administratiesystemen van de zorginstellingen en zorgverleners is een belangrijk aspect. Het aanpassen van werkprocessen zoals de intake en de overdracht van patiënten eveneens. Medewerkers moeten op deze aanpassingen worden voorbereid en opgeleid. Softwareversies die geschikt zijn voor het BSN moeten worden geïmplementeerd. Op basis van ervaring in de koploperregio's worden voor alle gebruikersgroepen handleidingen, draaiboeken en checklists ontwikkeld, om hen te ondersteunen bij de invoering van het BSN. In samenwerking met de

brancheorganisaties zullen ook andere vormen voor overdracht van kennis en ervaring worden beproefd, zoals regionale en/of thematische bijeenkomsten, deskundigenpanels en werkbezoeken.

Na het van kracht worden van de *Wet op het gebruik van het BSN in de zorg* zal er een overgangperiode intreden, waarbij instellingen die daar klaar voor zijn het BSN in hun administratie kunnen opnemen. Hiervoor zullen zij voor het opvragen en verifiëren van BSN's in de meeste gevallen een beroep doen op de SBV-Z. De capaciteit van de SBV-Z zal daartoe opgeschaald worden. In het eerste exploitatiejaar van de SBV-Z moeten partijen op elkaar ingespeeld raken, mede omdat opschalen van de dienstverlening naar een grotere groep van gebruikers om aanpassingen in de organisatie en de techniek van de SBV-Z vraagt. Bij het aanpassen van hun systemen op het BSN zal door bouwers en testers van de ICT-leveranciers en fors beroep worden gedaan op de testfaciliteiten bij de SBV-Z. Het wijzigingenbeheer zal in de eerste periode intensief zijn, mede doordat de SBV-Z de wijzigingen in de BVBSN moet volgen.

Het gebruik van het BSN is zonder ICT-hulpmiddelen in de praktijk niet denkbaar. In de zorg gaat het daarbij veelal om standaardpakketten. De aanbieders van deze producten worden geacht in 2006 een versie uit te brengen geschikt voor het gebruik van het BSN. Om hen daartoe te bewegen zijn al in 2005 de specificaties van de interfaces met de SBV-Z gepubliceerd en zijn zij geïnformeerd over het gebruik van het BSN in de vorm van de handleiding BSN voor koplopers. In 2006 is regelmatig contact met de ICT-leveranciers nodig om voortgang te blijven maken. Wat betreft de leveranciers in de curatieve zorg wordt het contact via NICTIZ gecontinueerd. Met de leveranciers in de AWBZ worden de contacten van het programma BSN in de zorg uit 2005 in 2006 geïntensiverd. Andere leveranciers en zelfbouwers worden uiteraard ook voorzien van de benodigde informatie.

## **2.5 Programmalijn 3: Unieke Zorgverleners Identificatie (UZI)**

Met behulp van UZI-passen kunnen zorgaanbieders veilig elektronisch communiceren. Zij kunnen in de communicatie hun identiteit bevestigen, gegevens voor anderen beveiligd versturen of vastleggen en zij kunnen een wettelijk geldige elektronische handtekening zetten. De invoering van de UZI-passen en de achterliggende infrastructuur is een belangrijke voorwaarde voor het EMD/WDH en BSN gebruik.

### ***Stand van zaken fase 1***

In 2005 heeft het UZI-register de productie van passen voor individuele zorgverleners, passen onder abonnee zorginstelling, services certificaten onder abonnee zorginstelling en testpassen mogelijk gemaakt. De productiemogelijkheid voor passen onder abonnee individuele zorgverlener volgt nog. De UZI-pas wordt in 2005 uitgerold in hotspots en koplopers voor EMD en WDH. Een hotspot is een gebied of proces waar de voorwaarden voor succesvol gebruik van de UZI-pas gunstig zijn. Dit kunnen toepassingen zijn die niet EMD of WDH gerelateerd zijn, terwijl dit in de koplopers wel altijd het geval is. Het UZI-register helpt de hotspots en koplopers verder op weg door het geven van voorlichting en advies op maat.

Het UZI-register begeleidt momenteel vijf hotspots, die zich in diverse stadia van implementatie bevinden. Binnenkort zullen nog twee hotspots aansluiten. De hotspots maken voor de rest van het veld concreet wat de UZI-pas in een zorgproces kan betekenen en stimuleert de vraag naar UZI-passen. Voor het UZI-register is het door het werken met een beperkt aantal hotspots mogelijk om zich voor te bereiden op een uitrol op een grotere schaal. Dit heeft inmiddels geleid tot een generieke aanpak en een standaard aanbod voor de implementatie van de UZI-pas in de koplopers EMD en WDH. In haar activiteiten voor uitrol van de UZI-pas in de koplopers sluit het UZI-register zoveel mogelijk aan bij de centraal georganiseerde activiteiten door NICTIZ, maar levert bovendien decentrale begeleiding ten behoeve van de individuele koplopers.

### **Activiteiten 2006 fase 1**

In 2006 zal door worden gegaan met het ontwikkelen van de hotspots. Voor de reeds geselecteerde hotspots zijn er samenwerkingsovereenkomsten die doorlopen tot medio 2006. Ook het huidige koploperprogramma voor EMD en WDH zal tot eind 2006 / begin 2007 doorlopen. Het UZI-register houdt rekening met een inspanning voor de koplopers tot en met begin 2007.

### **2.6 Programmaliijn 4: Koploperinstellingen/omgevingen**

De koplopers zijn de eersten die gebruik gaan maken van het EMD/WDH. De koplopers zullen een voorbeeldfunctie vervullen voor de andere zorgaanbieders en zullen daarom zo snel mogelijk aansluiten op de landelijke infrastructuur. Er zijn zes EMD koploperregio's en zes WDH koploperregio's.

#### **Stand van zaken fase 1**

Bij de implementatie van het EMD/WDH is gekozen voor een koploperaanpak. Begin mei 2005 is aan alle ziekenhuizen, regio's en huisartsenposten een brief gestuurd met als doel koplopers voor het project EMD en/of WDH te werven. De respons op de brief betrof 49 aanmeldingen. Via een evenwichtige en transparante toetsing heeft een selectie van koplopers plaatsgevonden. Uit de 27 aanmeldingen voor het EMD-programma zijn de regio's Nijmegen, Amsterdam, Noord-Holland Noord, Harderwijk, Kennemerland en Rotterdam geselecteerd. Uit de 22 aanmeldingen voor het WDH-programma zijn geselecteerd: Nijmegen, Twente, Friesland, Drenthe, Leiden en Utrecht. De prestatiecontracten met de koploperregio's zijn 29 augustus getekend. Daarmee is officieel de start gemaakt met het EMD- en het WDH-programma. In augustus zijn door alle koploperregio's aan alle XIS-leveranciers standaard offerteaanvragen (met als bijlage regiospecifieke aandachtspunten) verzonden.

Echter, om redenen zoals hieronder kort genoemd, zijn de daarop ontvangen offertes vooralsnog niet ondertekend:

- Het voldoen aan de LSP/AORTA-specificaties is in de aangeleverde offertes onvoldoende gegarandeerd. Dit brengt het risico van desinvestering met zich mee alsmede risico's op het gebied van informatiebeveiliging;
- De prijs/tijd verhouding van de offertes van sommige leveranciers wijkt te veel af van die van de offertes van collegafirma's en van eerder opgestelde begrotingen. Wanneer deze prijs ook landelijk gehanteerd zou worden, zou de implementatie de kosten van de zorg onnodig doen stijgen;
- Sommige offertes gaan uit van tijdelijke oplossingen;
- Sommige offertes passen niet in de voorgenomen planning;
- Op basis van de ingediende offertes wordt geen inzicht verkregen in de kosten van de landelijke uitrol.

Enkele leveranciers van huisartseninformatiesystemen hebben wel een offerte voor WDH ingediend met een goede prijs en kwaliteit, die ook nog binnen de gewenste doorlooptijd gerealiseerd kan worden. Naar verwachting worden de contracten binnenkort gesloten. Voor contractvorming met de overige WDH-leveranciers is echter meer onderhandelingstijd nodig.

Wat betreft de leveranciers van apothekersinformatiesystemen geldt dat voor vrijwel alle partijen er meer onderhandelingstijd noodzakelijk is om tot offertes en dus contracten te komen waarbij de informatiebeveiliging niet in gevaar komt.

### **Activiteiten 2006 fase 1**

In aansluiting op hetgeen de afgelopen weken is gebleken, zijn de volgende lijn en uitgangspunten voor het koplopertraject geformuleerd:

- de onderhandelingen van de koplopers en de leveranciers worden voortgezet;
- koplopers (en leveranciers) wordt meer tijd gegund om de noodzakelijke aanpassingen aan hun systemen door te voeren;
- voor die uitloop zullen de koplopers extra financiële middelen ontvangen ten behoeve van het projectmanagement;
- aan de beveiligingseisen zullen geen concessies gedaan worden;
- de mogelijkheden van het EMD worden - op verzoek van koplopers - bezien op uitbreiding met andere functionaliteiten.

Het centrale leveranciersmanagement krijgt gestalte via samenwerking vanuit de betrokken regiocoördinatoren van de koplopers, het LSP/AORTA-team en het centrale koploperteam. Hieronder worden de rollen en verantwoordelijkheden kort samengevat.

De koploperregio's nemen een centrale rol in binnen het leverancierstraject. Deze rol omvat o.a. het bundelen van vragen en het formuleren van gebruikerseisen en –wensen. Daarnaast zijn de koplopers verantwoordelijk voor het afsluiten van contracten met de leveranciers. Hierbij is het van belang dat er borging plaatsvindt van de juridische- en gebruikerseisen, het migratiepad en de externe koppelingen.

Het centrale koploperteam heeft een ondersteunende rol in het leverancierstraject en heeft een advies- en brugfunctie richting de koploperregio's. Zo biedt het centrale koploperteam ondersteuning bij gesprekken tussen koplopers en leveranciers over offertes. Ook bewaakt men het handhaven van de functionaliteit bij het aanscherpen van contracten en worden bijeenkomsten ter afsluiting van contracten met leveranciers indien wenselijk gefaciliteerd.

Het LSP/AORTA-team zorgt voor verheldering van de specificaties en eisen, het oplossen van issues en het beantwoorden van vragen. LSP/AORTA-teamleden nemen deel aan gesprekken met leveranciers om bijvoorbeeld specificaties toe te lichten. Ook is men nauw betrokken bij het inhoudelijk beoordelen van de offertes van leveranciers.

Op basis een gedegen voorbereiding met de koploperregio's vinden de komende tijd opnieuw gesprekken plaats met leveranciers die als doel hebben de functionele en technische eisen aan leveranciers duidelijk te maken en eventuele knelpunten boven water te krijgen.

## **2.7 Communicatie**

De communicatiestrategie is in eerste instantie gericht op het creëren van een breed bewustzijn over de impact van het Implementatieplan. Na aansluiting van de Koplopers zal de focus liggen op het uitdragen van informatie over praktische zaken zoals het gebruik van het BSN, UZI-passen, praktijkervaringen, gerealiseerde successen, mijlpalen en best practices bij de koplopers. Dit alles met als doel om qua participatie en gebruik een olievlekwerking in het zorgveld te realiseren. Naast het realiseren van die olievlekwerking in het zorgveld is het van belang om de patiënten goed voor te lichten over de voordelen (een veiliger zorg), de betrouwbaarheid en de veiligheid van de gekozen systematiek (LSP, BSN, UZI-pas) en het gebruik ervan te promoten.

### ***Stand van zaken fase 1***

Op dit moment zijn een aantal algemene communicatiemiddelen en -activiteiten geproduceerd of in (door)ontwikkeling:

- Nieuwsbrief
- Website
- Brochure
- Informatiefilms
- Telefonische infodesk

- Free publicity

Hiermee wordt het zorgveld geïnformeerd over doel, inhoud, opzet en timing van de invoering van het EMD/WDH; de uitvoering hiervan loopt conform planning. Dit geldt ook voor de inzet van de eigen communicatiemiddelen van de deelnemende organisaties (VWS, NICTIZ en CIBG) en de in de stuurgroep vertegenwoordigde branche- en koepelorganisaties.

Naast de algemene communicatie richting het zorgveld wordt in de tweede helft van 2005 de communicatie met de koplopers vormgegeven. Dit is ook voor het aspect communicatie een explorerend proces waarin gekeken wordt wat nodig is, waar behoefte aan is en wat werkt. In het derde kwartaal van 2005 zijn in afstemming met de projectleiders van de koploperregio's een aantal middelen ontwikkeld zoals nieuwsbrieven, e-mailings en een extranet voorziening. In het Implementatieplan 2005 waren voor de koplopercommunicatie op voorhand geen specifieke acties beschreven.

### **Activiteiten 2006 fase 1**

De activiteiten bestaan uit continuering en de doorontwikkeling van de bestaande generieke communicatiemiddelen (nieuwsbrief, website, telefonische infodesk) en het zoveel mogelijk gebruik blijven maken van free publicity (aandacht in de pers en presentaties op seminars en congressen).

Vanaf 2006 wordt gestart met de marketing van het LSP, dat wil zeggen dat de voordelen van landelijke communicatie in de zorg duidelijk worden gemaakt en de mogelijkheden worden uitgedragen die aansluiting op het LSP schept voor de (nabije) toekomst.

De gebruikers van het BSN hebben een grote behoefte aan algemeen voorlichtend materiaal. Voor het draagvlak en het vertrouwen in het BSN-stelsel is voorlichting over de invoering en het gebruik van het BSN essentieel. Patiënten en cliëntenorganisaties zijn in deze een gevoelige graadmeter. Na publicatie van de wet- en regelgeving worden er veel vragen vanuit het publiek verwacht. Naast de algemene voorlichting komt er een voorziening om klachten en andere casuïstiek te behandelen. De Nederlandse samenleving wordt in het kader van de rijksbrede invoering van het BSN via de massamedia geïnformeerd over het BSN. Hierin zal ook aandacht worden besteed aan het BSN in de zorgsector. Zorgaanbieders rekenen er op dat de overheid het algemene publiek voorlicht over de concrete gevolgen voor de zorgpraktijk (zoals paspoort mee), om te voorkomen dat deze last aan de balie van de instellingen terechtkomt. Zorgverzekeraars kunnen een belangrijke bijdrage aan deze publieksvoorlichting leveren.

Voor specifieke doelgroepen in de zorg - receptiemedewerkers bijvoorbeeld - zal informatie worden verzorgd die is toegespitst op hun situatie. Dit materiaal wordt ter beschikking gesteld in de vorm van een toolbox. Communicatie is niet alleen zenden, maar ook ontvangen. Een groot aantal vragen van instellingen wordt verwacht als de concrete invoering van het BSN dichtbij komt. Afhandeling van deze vragen wordt ondergebracht in de EMD/WDH implementatiehulpdesk.

## **2.8 Centrale support**

Het implementatieprogramma als geheel verleent ondersteuning aan het zorgveld in de breedte en aan de koplopers en de ICT-leveranciers in het bijzonder. CIBG en NICTIZ richten ieder afzonderlijk de permanente ondersteuning in, waarbij zij in samenwerking binnen het implementatieprogramma zorgen voor een eenduidige en transparante afhandeling van vragen door beide organisaties. Waar nodig wordt voor het beantwoorden van vragen een beroep gedaan op de expertise binnen het Ministerie van VWS. Het afzonderlijk inrichten van de permanente ondersteuning is een direct gevolg van het onderbrengen van de operationele verantwoordelijkheid voor onderdelen van de landelijke basisinfrastructuur bij CIBG (te weten UZI en SBV-Z) respectievelijk NICTIZ (LSP). Door gezamenlijke

afspraken te maken over ontvangst, registratie en afhandeling van vragen worden eventuele nadelen van deze verdeling voor het veld ondervangen.

### ***Stand van zaken fase 1***

De inrichting van de centrale support bevindt zich momenteel aan het einde van de ontwerpfase. Tegelijkertijd wordt er op beperkte schaal al ondersteuning verleend vanuit de verschillende programmaliijnen, met name ten behoeve van de opstart van de koploperregio's en de onderhandelingen door deze regio's met de ICT-leveranciers.

Voor het zorgveld in de breedte wordt naar verwachting begin november een algemeen informatienummer opengesteld. Nu al voorzien de nieuwsbrief en de website ([www.invoering-epd.nl](http://www.invoering-epd.nl)) in de belangrijkste behoeften. Verder wordt middels samenwerking met de koepelorganisaties invulling gegeven aan een doelgroepgerichte ondersteuning.

Specifiek voor de koploperregio's en voor de ICT-leveranciers wordt momenteel een helpdesk ingericht. Hier kunnen zij terecht met de meer technische vragen en problemen die gezamenlijk binnen NICTIZ, CIBG en VWS worden beoordeeld, beantwoord en, waar nodig, opgevolgd. Reeds beantwoorde vragen worden via de website gepubliceerd. Hier ligt ook een nauwe relatie met het beheer van de verschillende vormen van documentatie, waaronder de technische specificaties, de doelgroepgerichte handboeken en het meer algemene voorlichtingsmateriaal (verder te noemen "de documentatie"). De processen om te borgen dat de ondersteuning consistent en van kwalitatief hoog niveau is, worden op dit moment operationeel ingericht.

### ***Activiteiten 2006 fase 1***

In 2006 is de centrale support zoals hiervoor beschreven volledig operationeel. Naar verwachting zullen de ketentesten en de daaropvolgende aansluitingen van de koplopers voor de nodige vragen zorgen die een snelle en adequate beantwoording vergen. Het is te voorzien dat dit tot detailwijzigingen aanleiding zal geven waarvoor een snelle analyse en besluitvorming noodzakelijk is. Hierop zal de implementatie organisatie worden ingericht. Daarnaast zullen wijzigingen in de documentatie, op basis van de ervaringen bij de koplopers, moeten worden doorgevoerd. Extra aandacht zal worden besteed aan het nauwlettend volgen van het capaciteitsbeslag, zodat tijdig opgeschaald kan worden.

## **2.9 Planning en afhankelijkheden**

De planning van de realisatiefase en de afhankelijkheden hierin zijn in figuur 1 weergegeven en worden hieronder toegelicht. De realisatie van de afgegeven planning is in hoge mate afhankelijk van het moment waarop de leveranciers de gevraagde aanpassingen aan hun informatiesystemen hebben gerealiseerd. Met de verticale pijlen in het figuur zijn de specifieke afhankelijkheden tussen de mijlpalen in de planning gemarkeerd.

### ***Ontwikkeling en oplevering LSP***

Realisatie van het LSP vindt plaats in het laatste kwartaal van dit jaar. Onderdeel van de bouw van het LSP is het testen van de koppelingen met het UZI-register en de SBV-Z. Gezien de voorbereidingen die zijn getroffen worden hierbij geen planningsverschuivingen verwacht. Na het inrichten van de beheerorganisatie kan de acceptatietest van het LSP plaatsvinden. Na de acceptatie van het LSP door NICTIZ, is het LSP beschikbaar voor het test- en acceptatietraject met leveranciers en gebruikers.

### ***Testtraject LSP en WDH***

Naar verwachting zijn de eerste leveranciers van huisartsinformatiesystemen medio eerste kwartaal 2006 gereed met het aanpassen van hun systemen. In het tweede kwartaal van 2006 krijgen deze

leveranciers en gebruikers de tijd om het WDH in aansluiting op het LSP zowel technisch als functioneel te testen, in voorbereiding op de implementatie in de referentieomgevingen WDH. Leveranciers die niet betrokken zijn bij de referentieomgevingen WDH hebben wat betreft het realiseren van de aanpassingen in hun systemen een uitloopmogelijkheid van maximaal één kwartaal. In het technische en functionele testtraject met het LSP zal ook de BSN-functionaliteit en de beveiliging van het hele systeem worden getest. Na afloop van dit testtraject kan het WDH vanaf het einde van dit kwartaal worden geïmplementeerd in de referentieomgevingen (de eerste koplopers). Daarbij moet ook een initiële vulling van de informatiesystemen in de referentieomgevingen met persoonsnummers worden uitgevoerd. In de loop van het derde kwartaal van 2006 wordt met de aangesloten referentieomgevingen en het LSP een uitgebreide ketentest uitgevoerd. In de ketentest wordt de volledige functionaliteit getest tussen twee omgevingen, waaronder de BSN- en UZI-functionaliteit. Na een positieve uitkomst van de ketentest kan het WDH worden geaccepteerd en worden gestart met de verdere uitrol van het WDH bij de overige koplopers.

### ***In gebruik name WDH***

Na acceptatie wordt het WDH vanaf begin september 2006 in productie genomen in de referentieomgevingen. Parallel hieraan wordt eind tweede kwartaal 2006 met het technische en functionele testtraject met het LSP en vervolgens met de implementatie van het WDH bij de overige koplopers gestart (inclusief de initiële vulling van persoonsnummers). Naar verwachting is in de loop van het vierde kwartaal het WDH in gebruik bij alle WDH-koplopers, waarna volgens eind 2006 de evaluatie van referentieomgevingen en koplopers wat betreft WDH kan worden afgerond.

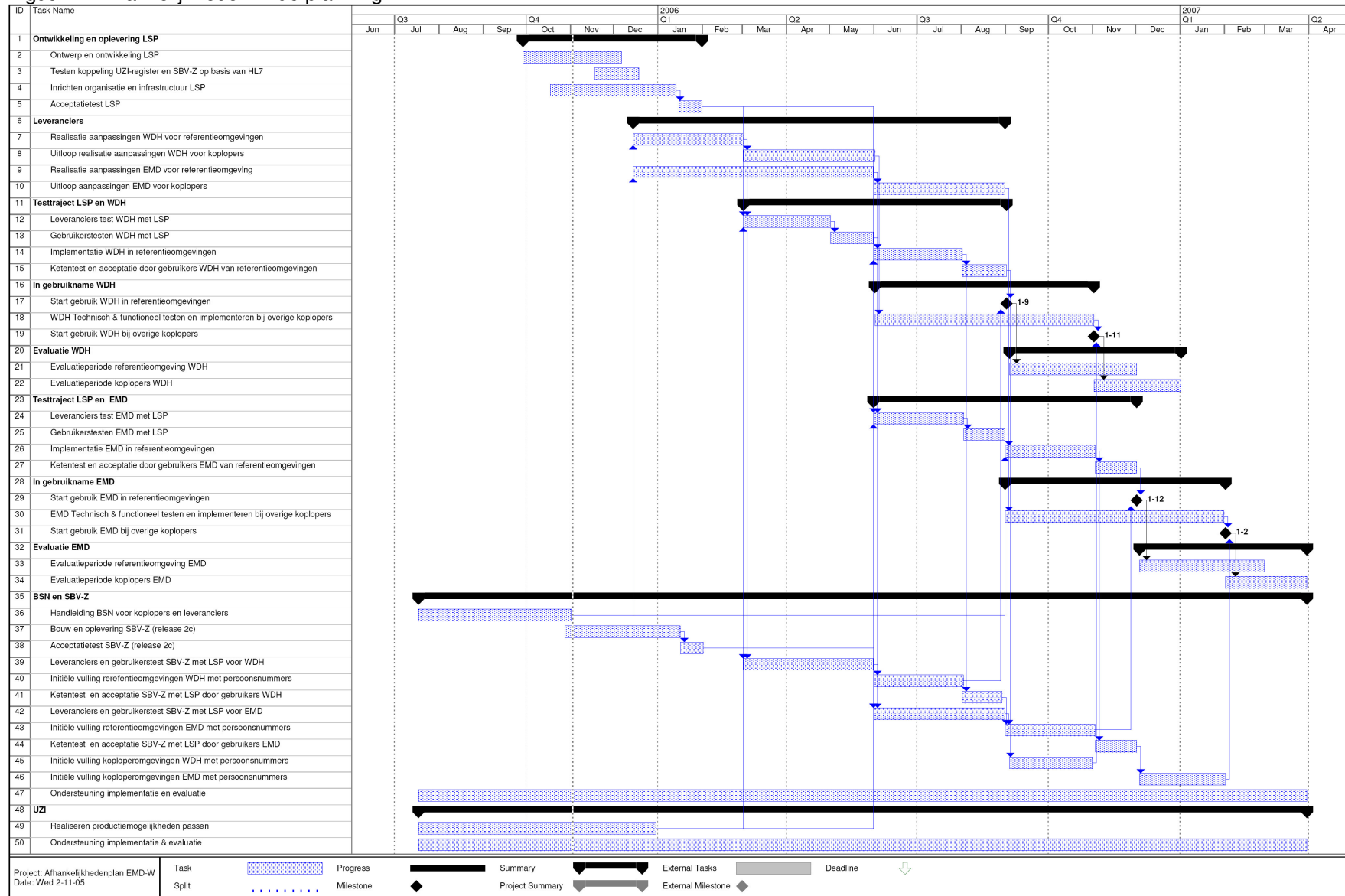
### ***Testtraject LSP en EMD***

Het EMD kent dezelfde aanpak als het WDH, alleen de tijdlijnen verschillen. Naar verwachting zijn de eerste leveranciers van apothekersinformatiesystemen voor het einde van het tweede kwartaal 2006 gereed met het aanpassen van hun systemen. Vanaf dat moment tot het einde van het derde kwartaal 2006 krijgen deze leveranciers en gebruikers de tijd om het EMD in aansluiting op het LSP zowel technisch als functioneel te testen. Leveranciers die niet betrokken zijn bij de referentieomgevingen EMD hebben wat betreft het realiseren van de aanpassingen in hun systemen een uitloopmogelijkheid van maximaal één kwartaal. In het testtraject. In het technische en functionele testtraject met het LSP zal ook de BSN-functionaliteit voor wat betreft EMD worden getest. In deze fase zal net als bij het WDH-traject aandacht zijn voor de beveiliging van het systeem. Na afloop van dit testtraject wordt het EMD geïmplementeerd in de referentieomgevingen voor EMD. Hierbij zal net als bij het WDH-traject een initiële vulling van persoonsnummers in de informatiesystemen worden uitgevoerd. In de loop van het vierde kwartaal 2006 wordt met de aangesloten referentieomgevingen een uitgebreide ketentest uitgevoerd die leidt tot acceptatie van het EMD.

### ***In gebruik name EMD***

Na acceptatie wordt het EMD eind 2006 in productie genomen in de referentieomgevingen en wordt eind derde, begin vierde kwartaal met het technische en functionele testtraject met het LSP en vervolgens met de implementatie van het EMD bij de overige koplopers gestart (inclusief initiële vulling van persoonsnummers). Naar verwachting is in het begin van het eerste kwartaal 2007 het EMD in gebruik bij alle EMD-koplopers. Het evaluatietraject van referentieomgevingen en koplopers EMD is eind eerste kwartaal 2007 afgerond.

Figuur 1. Afhankelijkheden in de planning





## **2.10 Doorontwikkeling EMD en WDH**

Zowel het EMD als het WDH hebben in fase 1 beperkte functionaliteit. Hieronder staat aangegeven in welke richting beide dossierdelen worden doorontwikkeld.

### ***Doorontwikkeling EMD: EMD II***

Bij de ontwikkeling van het EMD ligt in eerste instantie de focus op de verstrekte en voorgeschreven medicatie. Hiermee wordt een basaal EMD gecreëerd. Vanuit het oogpunt van medicatieveiligheid is het van belang dat ook andere gegevens bekend zijn, zoals intoleranties, co-morbiditeit en allergieën. Deze informatie moet aanvullend op de informatie in de eerste versie van het EMD beschikbaar komen. Inmiddels hebben de betrokken organisaties de inhoudelijke eisen hierover gedefinieerd (referentie: rapport werkgroep 'Vaststelling Medicatiedossier', Gegevensuitwisseling via landelijk elektronisch medicatiedossier, juli 2005).

### ***Doorontwikkeling WDH: Spoedeisend Dossier***

In spoedeisende situaties is het van groot belang inzicht te hebben in de basale medische gegevens van een patiënt. Op basis van het WDH is een gegevensset gedefinieerd voor inzage in een samenvatting van het huisartsdossier voor in de ambulance en de Spoed Eisende Hulp. Daarnaast zal aandacht worden besteed aan de informatievoorziening bij ongevallen en rampen, aangezien deze voorziening momenteel niet toereikend is.

### 3. Veilige en betrouwbare uitwisseling van gegevens

Een rotsvast vertrouwen kunnen hebben in de systemen, procedures en werkafspraken speelt bij de invoering van landelijke medische dossiers een belangrijke rol. Bij het ontwerpen en bouwen van de landelijke voorzieningen staat de beveiliging van uitwisseling van medische gegevens daarom voorop. Zo wordt de identiteit van personen die gegevens opvragen vastgesteld met behulp van de Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas: het digitale paspoort voor zorgverleners. De toegang tot gegevens wordt alleen verleend aan zorgverleners die hiervoor geautoriseerd zijn. Hiervoor zijn met de betrokken beroepsgroepen zogenaamde autorisatieprofielen geformuleerd. Bovendien wordt met logging permanent bijgehouden wie er via het LSP gegevens opvraagt. Dit vermindert al vooraf eventueel verkeerd gebruik, maar maakt ook eventuele opsporing van misbruik mogelijk.

Om elektronische gegevensuitwisseling veilig en betrouwbaar te maken, moeten ook patiënten zich kunnen identificeren. Iedereen in Nederland krijgt hiervoor een Burger Service Nummer (BSN), dat het sofinummer gaat vervangen. Het BSN zorgt er als "landelijk patiëntnummer" voor dat het mogelijk is om vanuit verschillende zorgaanbieders te laten verwijzen naar gegevens van één patiënt.

Alleen informatiesystemen van instellingen/zorgverleners die aan strenge beveiligingseisen voldoen, worden aangesloten op de landelijke infrastructuur. Hierbij wordt niet alleen naar technische eisen gekeken, maar ook naar de organisatorische aspecten van informatiebeveiliging. Hiervoor zijn Goed Beheerde Zorgsysteem (GBZ)-eisen opgesteld.

Voorts is bij landelijk elektronisch uitwisselen van gegevens is een effectief toezicht van belang. Bij de implementatie van de basisinfrastructuur en de toepassingen EMD en WDH is immers een breed gedragen vertrouwen van zorgverleners in de landelijke basisvoorzieningen noodzakelijk voor de acceptatie van deze toepassingen (en later het EPD). Daartoe is een scala van maatregelen en voorzieningen getroffen dat ervoor zorgt dat zorgverleners en patiënten erop kunnen rekenen dat medische gegevens in vertrouwde handen terecht komt. De maatregelen en voorzieningen worden in 2006 in de koploperregio's geëvalueerd.

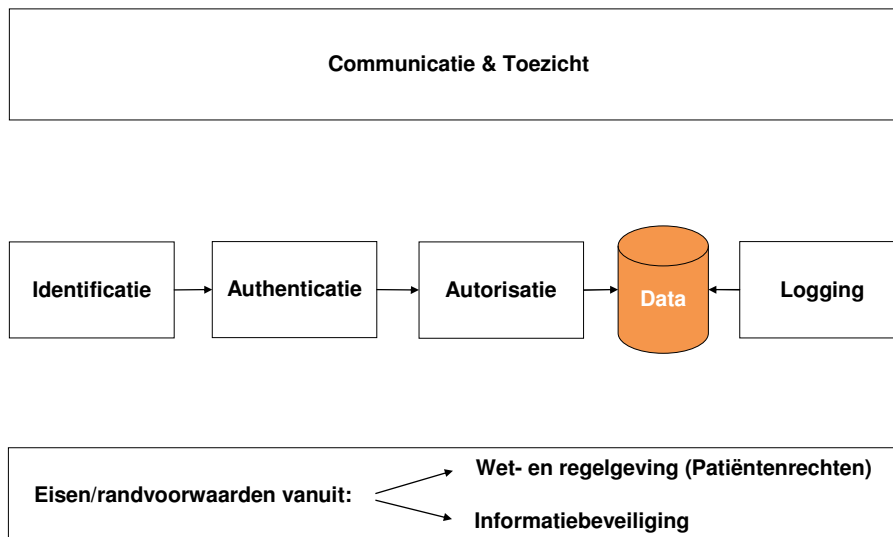
Voor genoemde maatregelen en voorzieningen vormen de elementen die deel uitmaken van een zogenaamd vertrouwensmodel, dat bedoeld is om het onderwerp vertrouwen structureel te kunnen behandelen (zie figuur 2). Het model is van toepassing op alle betrokken partijen: zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Hierbij moet opgemerkt worden dat alleen zorgaanbieders toegang hebben tot het EMD en WDH, maar dat zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars toegang krijgen tot het BSN-stelsel.

Eind 2006 worden de WDH-koplopers geëvalueerd, begin 2007 volgt de evaluatie van de EMD-koplopers. Onderdeel van deze evaluaties is de toetsing van de relevante elementen uit de maatregelen voor beveiliging en betrouwbaarheid die noodzakelijk zijn en vertrouwen moeten geven (bijvoorbeeld: in hoeverre worden de door het CIBG opgestelde UZI-gedragsregels in de praktijk nageleefd?). De resultaten van de evaluaties worden gebruikt voor de landelijke uitrol.

Het vertrouwensmodel wordt in de volgende paragraaf nader toegelicht.

### 3.1 De elementen van het vertrouwensmodel

In onderstaande toelichting wordt het model van onder naar boven doorlopen.



*Figuur 2: Schematische weergave vertrouwensmodel*

#### **Eisen en randvoorwaarden**

Uitgangspunt is dat landelijke medische dossiers moeten voldoen aan de geldende wet- en regelgeving, zoals de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). In het bijzonder gaat het daarbij om de patiëntenrechten, zoals het medisch beroepsgeheim en het recht van de patiënt op inzage in zijn eigen medische gegevens en wie daar toegang toe hebben gehad.

Bovendien is in de WBP de verplichting tot informatiebeveiliging opgenomen. In de gezondheidszorg is deze verplichting nader uitgewerkt in de Norm voor informatiebeveiliging in de zorg (NEN 7510 en 7511).

#### **Keten van identificatie, authenticatie, autorisatie en logging**

Patiëntgegevens mogen slechts beschikbaar zijn voor degenen die daartoe bevoegd zijn. Om dit te borgen is de keten van identificatie, authenticatie, autorisatie en logging van belang.

##### Identificatie

Door identificatie wordt de identiteit van zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars vastgesteld. Identificatie van zorgconsumenten gaat via het BSN. Voor de identificatie van zorgaanbieders worden UZI-nummers gebruikt. Zorgverzekeraars doen niet mee aan EMD en WDH, maar kunnen wel geïdentificeerd worden met behulp van het UZOVI-nummer, bijvoorbeeld om het BSN op te vragen of in verband met het declaratieverkeer.

### Authenticatie

Na identificatie is het noodzakelijk om via authenticatie met zekerheid te kunnen vaststellen dat iemand daadwerkelijk degene is die hij/zij, met zijn identificatienummer, zegt te zijn. Gezien de aard van de betrokken gegevens is het van belang dat authenticatiemiddelen worden gebruikt die een grote mate van zekerheid bieden. Het authenticatiemiddel dat deze zekerheid voor zorgaanbieders biedt is de UZI-pas. De UZI-pas is een elektronisch zorgverlenerpaspoort (formaat creditcard zie figuur 3). Systeemcertificaten borgen dat met en vanuit het juiste ICT-systeem wordt gecommuniceerd.



*Figuur 3 Unieke Zorgverlener Identificatie (UZI)-pas, het digitale paspoort voor zorgverleners*

### Autorisatie

Als je weet wie iemand is (identificatie) en je ook zeker weet dat het echt die persoon is (authenticatie), dan komt de volgende stap: autorisatie. Autorisatie gaat namelijk over de vraag wie, onder welke voorwaarde toegang mag krijgen tot de beschikbare gegevens van zorgconsumenten. Daarnaast gaat autorisatie over de vraag tot welke gegevens iemand toegang mag krijgen. Zo krijgt bijvoorbeeld een apotheker geen toegang tot het waarneemdossier voor huisartsen.

Bij het landelijk schakelpunt (LSP) krijgen zorgverleners op basis van hun beroep per zorgtoepassing (te beginnen met EMD en WDH) toegang tot een gespecificeerde set van zorggegevens. Voor het EMD zijn dit in eerste instantie artsen en apothekers. Voor het waarneemdossier zijn dit huisartsen en waarnemend huisartsen. In de lokale, goed beheerde zorgsystemen (GBZ-en) wordt de autorisatie specifiek geregeld. Dat betekent ondermeer dat alleen direct bij de behandeling betrokken zorgverleners bij de gegevens kunnen/mogen indien ze die gegevens ook echt nodig hebben om de patiënt te behandelen en de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven.

De wet- en regelgeving voor toegang tot patiëntgegevens is praktisch vertaald in de algemene modelrichtlijn "Toegang tot patiëntgegevens"<sup>1</sup> van het WGBO-implementatieprogramma. Hieraan hebben vrijwel alle koepelorganisaties en externe deskundigen meegewerkt. NICTIZ heeft in samenwerking met koepelorganisaties in de zorg op basis van de algemene modelrichtlijn specifieke modelrichtlijnen met bijbehorend voorlichtingsmateriaal voor het EMD en WDH ontwikkeld.<sup>2</sup>

### Logging

Door het vastleggen (logging) van wie, wanneer, welke gegevens heeft geraadpleegd of gewijzigd kan achteraf worden vastgesteld of dit rechtmatig is gebeurd op grond van de geldende wet- en regelgeving.

<sup>1</sup> Zie Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 4 Toegang tot Patiëntgegevens, Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO, Utrecht, juni 2004. Te downloaden via [www.knmg.nl/wgbo](http://www.knmg.nl/wgbo).

<sup>2</sup> Deze informatie is te vinden op de website van NICTIZ (zie [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl)).

Indien de elektronische nationale identiteitskaart (eNIK) wordt ingevoerd wordt de mogelijkheid ingebouwd dat de patiënt direct kan bepalen welke personen/instellingen of groepen voor welke zorgtoepassing toegang hebben dan wel hen de toegang ontzeggen. De patiënt kan dan elektronisch zijn autorisatieprofiel instellen, inzage krijgen in loggegevens waarin staat welke zorgverlener toegang heeft gekregen tot zijn zorggegevens en zien waar zijn zorginformatie ligt opgeslagen.

### ***Communicatie en toezicht***

Eén van de voorwaarden van de modelrichtlijnen voor autorisatie is dat de zorgconsument volledig en juist geïnformeerd moet worden over de wijze waarop met diens gegevens wordt omgegaan. Ook de zorgaanbieders worden op de hoogte gesteld van wat van hen wordt verwacht. Vandaar dat naast de modelrichtlijnen onder andere ook voorlichtingsmateriaal voor zorgconsumenten en zorgaanbieders moet worden ontwikkeld. Daarnaast zal communicatie in bredere zin moeten worden toegepast op het gehele vertrouwensmodel, onder andere via landelijke communicatiecampagnes.

Tot slot moet op de naleving van alle eisen en randvoorwaarden van het vertrouwensmodel toezicht worden uitgeoefend. Juist omdat het vertrouwensmodel van de landelijke basisinfrastructuur – in ieder geval voor de korte termijn – veel nadruk legt op controle achteraf met behulp van logging-analyse, zal veel meer dan nu het geval is aandacht moeten worden besteed aan adequaat toezicht. Onder andere door nationale toezichthouders (IGZ, CBP en NZa<sup>3</sup>) voor de verschillende onderdelen, EDP-auditors met een privacy certificaat van het CBP, functionarissen gegevensbescherming en andere lokale en regionale toezichthouders bij zorginstellingen.

## **3.2 Eisen die aan de elementen van het vertrouwensmodel worden gesteld**

### ***Eisen en randvoorwaarden wet- en regelgeving***

Relevante wetten voor het vertrouwensmodel zijn voornamelijk de WBP, de WGBO, de Wet BIG, de Kwaliteitswet zorginstellingen en de aanstaande wetgeving inzake het BSN.

Op grond van de WBP en de WGBO moet voor de zorgconsument helder zijn hoe met diens gegevens wordt omgegaan en hoe voldaan wordt aan de rechten van de zorgconsument. Deze patiëntenrechten zijn samen te vatten in: het recht op inzage en afschrift, het recht op correctie en aanvulling, het recht op vernietiging en het recht op afscherming. De patiëntenrechten gelden zowel voor de huidige papieren situatie als voor de elektronisch opgeslagen gegevens.

Zorgconsumenten hebben recht op inzage en afschrift over de gegevens die van hen verwerkt worden. Met verwerken wordt in de WBP bedoeld: alles van verzamelen tot het vernietigen van gegevens. De systemen op zowel landelijk als lokaal niveau moeten hierop voorbereid te zijn. Zorgconsumenten hebben op grond van het medisch beroepsgeheim en het recht op afscherming het recht om bepaalde medische gegevens bij de 'eigen zorgverlener' te laten afschermen voor andere zorgverleners. Op termijn bestaat de mogelijkheid om in het LSP bepaalde soorten medische gegevens en (groepen van) zorgverleners af te laten schermen. Nu kan dat via de zorgaanbieder op basis van wel òf niet beschikbaar stellen van medicatie- en/of waarneemgegevens. Zorgconsumenten willen echter niet een alles of niets oplossing: zij willen de mogelijkheid tot afscherming op regelniveau en persoonsniveau. Dat is nu niet mogelijk. In de toekomst krijgt de zorgconsument waarschijnlijk de beschikking over een hoogwaardig authenticatiemiddel, zoals de eNIK. Dit is een elektronische identiteitskaart voor alle Nederlanders die door het ICTU ontwikkeld wordt. Als de eNIK beschikbaar komt heeft de zorgconsument ook de mogelijkheid de toegang tot zijn dossier te regelen door eigenstandig personen, groepen per zorgtoepassing toe te laten of uit te sluiten in het LSP. Zolang de eNIK nog niet beschikbaar is geldt de huidige werkwijze zoals die ook voor papieren dossiers geldt. En

---

<sup>3</sup> De NZa is de toekomstige Nederlandse Zorgautoriteit, naar verwachting vanaf 2006. Het huidige CTG en CTZ gaan hierin op.

voor de nieuwe elementen in de infrastructuur -zoals het landelijke schakelpunt - zal een schriftelijke procedure dit recht borgen. De organisatorische uitvoering hiervan (wie gaat wat doen) wordt nu uitgewerkt.

Voor het EMD en WDH geldt dat zorgverzekeraars geen inzage krijgen via de landelijke basisinfrastructuur.

Op grond van het transparantiebeginsel van de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP) en van patiëntenrechten op basis van de WGBO dient voor de zorgconsumenten en zorgverleners helder te zijn wat er met de medische gegevens gebeurt binnen het EMD / WDH. Dit vergt een gedegen communicatieaanpak.

### ***Eisen en randvoorwaarden informatiebeveiliging***

Alle informatiesystemen en gegevensverwerkende processen in de zorg moeten voldoen aan de eisen die gesteld worden aan een Goed Beheerd Zorgsysteem waaronder de beveiligingseisen. Deze zijn voornamelijk gebaseerd op bestaande normen zoals de Code voor informatiebeveiliging (ISO IEC 17799), de Norm voor informatiebeveiliging in de zorg (NEN 7510 en 7511) en het beveiligingsadvies van het CBP<sup>4</sup>. Daarnaast is in artikel 13 WBP de verplichting tot informatiebeveiliging opgenomen.

Momenteel wordt met belanghebbende partijen gewerkt aan de uitwerking / toepassing van de NEN 7510, deze is toetsbaar gemaakt in de NEN 7511.

Een belangrijk onderdeel van informatiebeveiliging is dat het gebruik van de UZI-pas, om vertrouwelijkheid te waarborgen, verplicht wordt om toegang te krijgen tot het LSP.

### ***Eisen en randvoorwaarden identificatie***

Identificatie is de eerste stap in de keten van identificatie, authenticatie, autorisatie en logging. Identificatie van zorgconsumenten vindt plaats met behulp van het BSN en indien noodzakelijk aan de hand van een wettelijk identificatie document, zoals een paspoort of een identiteitskaart. Dit geschiedt op grond van de aanstaande Wet algemene bepalingen voor het BSN (WABB) en de Wet gebruik BSN in de zorg (WGBZ). Met de WGBZ wordt geregeld wanneer het BSN verplicht wordt en welke voorwaarden er gesteld worden aan het gebruik van het BSN, zoals verificatievereisten. Echter zolang het BSN er nog niet is, mogen door de Minister van VWS aangewezen experimenten (koplopers) gebruik maken van het Sofi-nummer op basis van de Sofi AMvB.

Voor zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars geldt dat het verwerken van gegevens met een landelijk uniek nummer er toe leidt dat op een eenduidige, eenvoudige en betrouwbare manier kan worden vastgesteld welke natuurlijke persoon of rechtspersoon wordt bedoeld. Het uniek en juist vaststellen van personen vormt de basis van het vertrouwensmodel. Het gebruik van de persoonsgegevens van de betrokkenen moet omgeven worden met waarborgen vanuit het oogpunt van regelgeving, techniek en infrastructuur.

Om de identiteit te kunnen toetsen worden registers op basis van toetsingsregisters opgesteld voor zorgaanbieders (UZI-register) en zorgverzekeraars (UZOVI). Deze toetsingsregisters dienen te voldoen aan de door de Minister van VWS bepaalde voorschriften met betrekking tot de inschrijving in de registers, de gegevens die in de registers worden opgenomen, het beheer en het toezicht op de registers.

---

<sup>4</sup> Beveiligingsadvies persoonsgegevens, Registratiekamer, Den Haag, april 2001 (Achtergrondstudies en Verkenningen 23).

### ***Eisen en randvoorwaarden authenticatie***

Gezien de aard van de gegevens is het van belang dat er zekerheid bestaat over de authenticiteit (is iemand daadwerkelijke degene die hij/zij zegt te zijn) van degene die hiertoe toegang wordt verleend. Daarom is gekozen voor authenticatiemiddelen die deze zekerheid bieden. De specificaties van de landelijke basis-infrastructuur (AORTA) gaan uit van authenticatie met behulp van zogenaamde Public Key Infrastructure (PKI)<sup>5</sup> Daarbij wordt gebruik gemaakt van het normenkader van de PKI voor de overheid<sup>6</sup>, zodat vertrouwelijkheid, onweerlegbaarheid en integriteit gewaarborgd zijn. De UZI-pas is een authenticatiemiddel dat is gebaseerd op PKI en dat wordt geproduceerd en uitgegeven conform de gestelde eisen. Het UZI-register is het gecertificeerde toetsingsregister dat, na uitvoering van de benodigde controles, de UZI-pas uitgeeft. De UZI-pas kan naast authenticatie ook worden gebruikt voor de versleuteling van gegevens en veilige verbindingen en voor het zetten van een wettelijke handtekening.

Op basis van inschrijvingen in toetsingsregisters (UZI- en UZOVI-register) worden certificaten (UZI- en UZOVI-passen) verstrekt waarmee respectievelijk zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich kunnen authenticeren. Dit is noodzakelijk bij het opvragen en/of verifiëren van het BSN, het opvragen, wijzigen of toevoegen van medische gegevens (alleen door zorgaanbieders) en administratieve processen zoals e-declareren.

Alle zorgaanbieders die gebruik willen maken van de landelijke basisinfrastructuur dienen zich voor elektronische communicatie te identificeren en te authenticeren met behulp van een UZI-pas (PKI certificaat).

### ***Eisen en randvoorwaarden autorisatie***

#### Autorisatie bij BSN

Ook voor het opvragen en verifiëren van het BSN geldt dat alleen daartoe bevoegde zorgaanbieders (en zorgverzekeraars) toegang mogen krijgen tot het BSN-stelsel.

#### Autorisatie bij EMD/WDH

Ten aanzien van de autorisatie bij EMD/WDH valt wat betreft de eisen, wensen en randvoorwaarden is door NICTIZ in samenwerking met koepelorganisaties in de zorg op basis van de algemene modelrichtlijn specifieke modelrichtlijnen met bijbehorend voorlichtingsmateriaal voor het EMD en WDH ontwikkeld

### ***Eisen en randvoorwaarden logging***

Bij het elektronische beschikbaar stellen van medische gegevens is een logginganalyse noodzakelijk om oneigenlijke toegang tot gegevens op te kunnen sporen en te kunnen bestraffen. De zorgaanbieder is zelf verantwoordelijk voor de logging binnen zijn/haar eigen organisatie. Daarnaast zal ook in het LSP logging plaatsvinden. Zowel in het LSP als de GBZ-en dienen op grond van de daarvoor geldende specificaties de volgende gegevens (de minimale gegevensset) te worden gelogd:

- datum;
- tijd;
- UZI-nummers van de raadplegende persoon en de zorgaanbieder;
- BSN;
- type zorgtoepassing (WDH of EMD).

---

<sup>5</sup> Zie specificaties basis-infrastructuur, versie 2.2., juni 2005 op [www.nictiz.nl](http://www.nictiz.nl), onder publicaties AORTA / Landelijk Schakelpunt.

<sup>6</sup> Zie [www.pkioverheid.nl](http://www.pkioverheid.nl)

Bij het LSP kan de patiënt, mits de identiteit te verifiëren is, aan de toezichthouder (functionaris gegevensbescherming) van het LSP vragen om een overzicht van de gelogde gegevens. Om dit mogelijk te maken is vereist dat het LSP toegang-, autorisatie-, systeem- en alarmlogs bijhoudt.

Ook bij het opvragen en verifiëren van het BSN wordt gelogd. Zo houdt de SBV-Z bij door welke zorgaanbieders en zorgverzekeraars welke BSN's worden opgevraagd.

Zorgconsumenten willen ook hun recht op inzage en afschrift kunnen uitoefenen op de logbestanden, waarmee zij een rol kunnen vervullen in het toezicht. Het inzagerecht op de logging wordt op grond van een vooralsnog schriftelijk verzoek gefaciliteerd.

### ***Eisen en randvoorwaarden communicatie***

Communicatie over het belang en de invulling van het vertrouwensmodel is cruciaal voor de acceptatie van en daarmee het vertrouwen in landelijke elektronische dossiers zoals het EMD/WDH. Bewustwording van gevaren en mogelijke consequenties van het onzorgvuldig omgaan met bijvoorbeeld de UZI-pas dient bij alle zorgaanbieders te worden gekweekt. En zorgconsumenten dienen te weten hoe de privacy wordt gewaarborgd. Het middel communicatie dient dan ook breed ingezet te worden bij het verstrekken van informatie aan zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Met name over nut en noodzaak, de werking van, voor- en nadelen, rechten en verplichtingen ten aanzien BSN, SBV, UZI, LSP en de applicaties EMD en WDH.

Er wordt voorzien dat voornamelijk ten tijde van de implementatie van het BSN in de zorg, UZI, LSP, EMD en WDH extra behoefte aan informatie en ondersteuning zal zijn. In deze informatie en communicatiebehoefte van patiënten, zorgaanbieders en leveranciers dient tijdig te worden voorzien. Indien blijkt dat daarvoor nieuwe instituties noodzakelijk zijn, dan dienen zij er zo spoedig mogelijk te komen.

Communicatie dient op verschillende niveaus plaats te vinden: de één op één relatie tussen zorgaanbieder en zorgconsument, lokaal/regionaal en landelijk.

### ***Eisen en randvoorwaarden toezicht***

Effectief landelijk toezicht op EMD en WDH zal door het elektronisch uitwisselen van gegevens meer aandacht vergen dan nu in de huidige praktijk het geval is. Dit komt doordat alle artsen en apotheken met een UZI-pas toegang kunnen krijgen tot het landelijke medicatieoverzicht en alle huisartsen met een UZI-pas toegang kunnen krijgen tot de professionele samenvatting en slechts na afloop met behulp van logging-analyse toezicht mogelijk is. Deze informatie is door andere hulpverleners klaar gezet. Samen met de UZI-pas is toezicht op basis van logginganalyse de belangrijkste waarborg voor vertrouwen.

Het toezicht op de elektronische uitwisseling van EMD en WDH vindt plaats op verschillende niveaus:

- toezicht door zorgconsument zelf (recht op inzage);
- toezicht op lokaal/regionaal niveau;
- toezicht op nationaal niveau.

Op lokaal niveau zijn zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor het borgen van de toezichtfunctie in de organisatie. Op nationaal niveau zijn het CBP, IGZ en NZa ook verantwoordelijk voor het toezicht op de aanstaande gegevensuitwisseling via de landelijke basisinfrastructuur.

Toezicht door de zorgconsument dient mogelijk te zijn, primair door (vooralsnog schriftelijk) inzage te vragen in de gelogde gegevens, bij zowel het LSP als bij de GBZ-en. Aandachtspunt hierbij is dat de logging en de analysesoftware tot een goed en leesbaar overzicht kunnen komen.

De zorgconsument dient in het geval van klachten terecht te kunnen bij de klachtencommissie van de instelling, een nog op te richten laagdrempelig klachtenmeldpunt voor de landelijke



gegevensuitwisseling, toezichhouders of de rechter. Van belang is dat het voor de zorgconsument helder wordt waar hij met zijn vragen en klachten terecht kan en niet van het kastje naar de muur wordt gestuurd.

## Bijlage 1 Monitoringinstrument koplopers

De regionale koploperprojecten worden door het centrale koploperteam ondersteund. De status van de regionale koploperprojecten wordt via het monitoringinstrument gerapporteerd aan het centrale koploperteam. Door middel van deze voortgangsrapportages wordt de voortgang van de regionale projecten bewaakt.




De programmalijn koplopers is een van de vier lijnen die worden uitgevoerd door het implementatieteam. De programmalijnmanager rapporteert de voortgang van de programmalijn koplopers aan het overkoepelende implementatieteam. Deze voortgang is onder andere gebaseerd op de voortgangsrapportages van de regionale projecten.

De voortgang wordt bewaakt volgens de volgende indicatoren:

1. Scope: vallen uitgevoerde en/of geplande activiteiten van de lokale projecten nog binnen de afgesproken kaders?
2. Inspanning: wordt door de regio voldaan aan de gestelde mijlpalen en (kwaliteits)eisen?
3. Risico's: wordt door regionaal projectleider en andere betrokkenen voldoende inzet getoond?
4. Kwaliteit: kans op optreden van ongewenst effect bij of als gevolg van gebeurtenis / activiteit
5. Tijd: loopt de tijdsbesteding zoals gepland?
6. Geld: werkelijke kosten versus verwachte / gemaakte kosten
7. Commitment: hoe staan de deelnemers in het verandertraject?

### Voortgangsrapportage

	Scope	Kwaliteit	Inspanning	Risico's	Tijd	Geld	Commitment	Algemeen
WDH_regio 1	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
WDH_regio 2	Green	Green	Yellow	Red	Green	Green	Green	Green
WDH_regio 3	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Green	Yellow
WDH_regio 4	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green
WDH_regio 5	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Green	Green
WDH_regio 6	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Red	Green	Yellow
EMD_regio 1	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Green	Yellow
EMD_regio 2	Green	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Red	Green	Yellow
EMD_regio 3	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green
EMD_regio 4	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Yellow	Green	Green	Green
EMD_regio 5	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
EMD_regio 6	Green	Green	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow

	Groen	= loopt als gepland
	Geel	= waakzaamheid nodig, projectleider heeft maatregelen getroffen!
	Rood	= actie/besluit nodig!

In het bovenstaande figuur is weergegeven hoe de status per regio geconsolideerd wordt weergegeven.

## Bijlage 2 Gebruikte afkortingen

AIS	Apotheek Informatiesysteem
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AORTA	Architecturen; Ontwerp/specificaties; Realisatie; Toetsen van kwaliteit; Acceptatie.
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIG	wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BSN	Burger Service Nummer
BVBSN	overkoepelende Berichten Voorziening Burger Service Nummer
CBP	College Bescherming Persoonsgegevens
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen in de Gezondheidszorg
EMD	in deze context: Elektronisch Medicatiedossier elders ook wel: Elektronisch Medisch Dossier
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
GBA	Gemeentelijke Basisadministratie
GBZ	Goed Beheerd Zorgsysteem
HEC	Het Expertise Centrum
HIS	Huisarts Informatiesysteem
HL7	Health Level 7
ICT	Informatie en Communicatie Technologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISO	International Standards Organisation
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
LSP	Landelijk Schakelpunt
NEN	Nederlands Normalisatie-instituut
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
Orde	Orde van Medisch Specialisten
OZIS	Open Zorg Informatie Systeem
PKI	Public Key Infrastructure
SBV-Z	Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg
Sofi-nummer	Sociaal Fiscaal nummer
UZI	Unieke Zorgverleners Identificatie
UZOVI	Unieke Zorgverzekeraars Identificatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WABB	Wet Algemene Bepalingen Burger Service Nummer
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
WDH	Waarneemdossier Huisartsen
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst
XIS	Verzamelnaam voor zorginformatiesystemen, zoals HIS, ZIS, AIS etc.
ZIS	Ziekenhuis Informatiesysteem
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZSP	Zorg Service Provider