

**Audit  
Implementatieplan EMD /  
WDH**



***AUDIT RAPPORT***



's-Gravenhage, 30 september 2005

## **INHOUDSOPGAVE**

<b>1. Inleiding .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Bevindingen .....</b>	<b>3</b>
<b>3. Risico's .....</b>	<b>4</b>
<b>4. Conclusie en aanbevelingen.....</b>	<b>6</b>
<b>Bijlage Bronnen.....</b>	<b>8</b>

## 1. **Inleiding**

De Minister van VWS heeft 26 mei jongstleden het "Implementatieplan EMD/WDH 2005" toegezonden aan de Tweede Kamer. Dit plan beschrijft de realisatie van de aanbodkant voor de landelijke infrastructuur en de eerste fase van de invoering van het landelijk elektronisch medicatie dossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH). In oktober 2005 moet een vervolgplan verschijnen, dat zal ingaan op de landelijke dekking van het EMD en WDH en de doorontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Ter voorbereiding heeft VWS aan Het Expertise Centrum gevraagd een audit uit te voeren op de uitvoering van het implementatieplan mei 2005. Dit document bevat een beknopte rapportage van deze audit.

### *Doelstelling*

De audit heeft ten doel om na te gaan of de weg waarlangs de producten voor de landelijke infrastructuur worden gerealiseerd en de aansluiting van de koploperregio's op deze landelijke infrastructuur wordt voorbereid, leidt tot tijdige implementatie van EMD en WDH. Het gaat daarbij niet om het geven van een oordeel over de uitgevoerde activiteiten, maar om het signaleren van projectrisico's opdat deze tijdig aangepakt en geminimaliseerd kunnen worden.

### *Aanpak*

Als referentie- en toetsingskader voor de audit fungeert het implementatieplan zoals dat in mei naar de Tweede Kamer is verzonden. Het implementatieplan zelf is dus niet onderwerp van de audit. De audit is uitgevoerd op basis van bestudering van documenten en op basis van gesprekken met de direct betrokkenen van het implementatieteam (implementatiemanagement, VWS, CIBG en NICTIZ). Wij hebben ten behoeve van deze audit géén interviews gehouden met koploperregio's en (vertegenwoordigers van) andere veldpartijen, zoals koepels en zorginstellingen. De scope van de audit omvat dus de realisatie van de landelijke voorzieningen en de *landelijke* voorbereidingen voor de aansluiting van het zorgveld op deze voorzieningen.

### *Uitvoering*

De audit vond plaats in de periode medio augustus – begin september. De audit is uitgevoerd door een team onder leiding van mr. J.N. van Lunteren. Hij is bijgestaan door prof. J.M. van den Hoven, mw. drs. P.R.B. Heemskerk – van Holtz en mw. drs. P. Mettau. De opdrachtgever voor deze audit is de heer drs. N.C Oudendijk, directeur Innovatie, Beroepen en Ethiek bij VWS, tevens portefeuillehouder ICT in de Zorg. Mevr. drs. E.M. Maat, hoofd programma ICT in de zorg, fungeerde als contactpersoon voor het auditteam van Het Expertise Centrum bij de feitelijke uitvoering van de audit.

### *Leeswijzer*

Dit document bevat een samenvatting van de audit resultaten. Na een zeer beknopte samenvatting van onze bevindingen in hoofdstuk twee, beschrijven wij in hoofdstuk drie de voornaamste risico's. Wij eindigen met onze conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk vier.

### *Enkele opmerkingen vooraf:*

- Inherent aan een audit als deze is dat de nadruk ligt op het benoemen van hetgeen niet goed gaat en/of beter kan. Daardoor wordt niet uitgebreid stilgestaan bij het benoemen van al wat goed gaat. Wij willen benadrukken dat in de afgelopen jaren veel bereikt is en dat voor de implementatie in korte tijd belangrijke vorderingen gemaakt zijn. De focus van de rapportage is echter het zichtbaar maken van risico's en het aandragen van maatregelen ter verbetering.
- Deze audit betreft uiteraard een moment opname met als doel het tussentijds bijsturen van het project om risico's te minimaliseren. Dat betekent dat de resultaten van deze audit snel door de tijd achterhaald kunnen zijn, zeker gezien de zo dynamische ontwikkelingen rond de implementatie van EMD, WDH, BSN en UZI in de zorgsector.
- Bij het schrijven van de rapportage zijn wij ervan uitgegaan dat de lezer bekend is met de ZorgICT ontwikkelingen zoals genoemd in het implementatieplan, en met daarin voorkomende begrippen zoals koplopers, vertrouwensfunctie, schakelpunt, en gebruikte afkortingen zoals BSN, UZI, WDH, EMD, CIBG, NICTIZ, NPCF.

## 2. **Bevindingen**

Geordend naar de diverse programmalijnen en onderwerpen in het implementatieplan, volgt hieronder een korte samenvatting van de bevindingen:

- Landelijk schakelpunt (LSP): De realisatie van het LSP loopt waarschijnlijk vertraging op. Pas na gunning van de aanbesteding zal duidelijk zijn wat de uiteindelijke planning is voor het LSP. Het LSP is een conditio sine qua non voor de invoering van het EMD en WDH.
- Burger Service Nummer (BSN): Het BSN ligt tweemaal op het kritieke pad, waarbij sprake is van een externe afhankelijkheid voor zowel het BSN zelf als het terugvalscenario.
- Unieke Zorgverlenersidentificatie (UZI): Het UZI is reeds beschikbaar en de implementatie ligt vooralsnog op schema.
- Koplopers: De prestatiecontracten zijn getekend en de koplopers zijn gestart.
- Communicatie: Deze betreft met name informatie over noodzaak en proces. Gezamenlijkheid blijkt lastig, de "corporate identity" moet nog groeien.
- Leveranciers: De leveranciers geven wisselende geluiden af over mogelijke aansluiting op het LSP en het tijdig voldoen aan de eisen van een GBZ.
- Verplichtingen: Er is nog weinig inzicht in het benodigde landelijke instrumentarium zoals aanpassingen wet- en regelgeving en de kosten en baten voor zorginstellingen en individuele zorgverleners. De business case is nog niet eenduidig bij een of meer partijen (VWS, NICTIZ en/of de koepels) belegd.
- Vertrouwensfunctie: De NPCF heeft een voorbehoud gemaakt inzake toestemming vooraf bij het niet voldoen van de koplopers aan de GBZ-eisen. Voor de koplopers worden daarom aanvullende maatregelen getroffen.
- De implementatieorganisatie is ingericht en functioneert afdoende.

### **3. Risico's**

De risico's zijn ingedeeld naar drie thema's:

- de programmaorganisatie,
- de realisatie van de landelijke voorzieningen en
- de landelijke voorbereidingen op de implementatie van deze voorzieningen bij de koplopers en het zorgveld.

Als voornaamste risico's met betrekking tot de programmaorganisatie zien wij:

- Lastig sturen op output, doordat geen sprake is van een echte programmaorganisatie met formele lijnen en budgetten. Gegeven de bestuurlijke constellatie in de zorg, lijkt de huidige organisatievorm op dit moment echter het best haalbare.
- Diversiteit in belangen waardoor fundamentele verschillen in inzicht kunnen ontstaan. Bij onvoldoende grip op het besluitvormingsproces blijven moeilijke onderwerpen "rondzingen".
- Onzekerheden in de continuïteit van de implementatieorganisatie op zowel kortere als langere termijn (inzet implementatiemanagement, vervolg NICTIZ, exploitatie LSP, helpdesk). VWS is voornemens eind 2005 hier duidelijkheid in te bieden.
- Het niet tijdig ingericht zijn van de functies voor toezicht en certificering.

De risico's ten aanzien van de landelijke voorzieningen betreffen met name de planning van de voorzieningen en de regelgeving:

- Er is sprake van een aanzienlijk risico dat de landelijke voorzieningen niet per 1 januari in zodanige onderlinge samenhang beschikbaar zijn dat koplopers daar op dat moment operationeel gebruik van kunnen maken. Alle partijen ervaren de planning als krap: alle rek is er uit en er zijn, of men vermoedt, vertragingen. Op korte termijn zal duidelijk worden of en op welke deelgebieden ook daadwerkelijk vertraging zal optreden.
- De risico's inzake de regelgeving betreffen de onduidelijkheid over het al dan niet verplicht gebruik van het LSP en mogelijke vertraging in de wetgeving BSN dan wel BSN in de zorg. Dit kan gevolgen hebben voor zowel de landelijke implementatie als de implementatie bij de koplopers (naarmate bij leveranciers meer onzekerheid bestaat omtrent de uiteindelijke aansluiting van alle zorgverleners op de landelijke voorzieningen, zullen de leveranciers geneigd zijn een te groot deel van de aanpassingen door te berekenen aan de koplopers, waardoor bij hen een aarzeling kan ontstaan om te implementeren).

De risico's inzake de landelijke voorbereidingen voor de aansluiting van het zorgveld op de landelijke voorzieningen, hebben met name betrekking op het commitment van partijen in het zorgveld en de mogelijke implementatiesnelheid.

Factoren direct van invloed op de actiebereidheid van koepels en zorgverleners, zijn:

- Er is nog weinig inzicht in de gevolgen in de praktijk van aansluiting op de landelijke voorzieningen door het zorgveld. Zo is nog niet goed in kaart gebracht tegen welke belemmeringen men aan gaat lopen op het gebied van wet- en regelgeving en er zijn nog geen beschrijvingen van kosten/baten voor veldpartijen.
- Het is op het moment van het opstellen van dit rapport nog niet duidelijk of, en op welke wijze, wettelijke verplichtingen in het leven zullen worden geroepen.
- Het niet eenduidig, samenhangend en realistisch communiceren aan zorginstellingen en zorgverleners: Het veld heeft vooral behoefte aan planningen wat men precies wanneer moet doen. Het communiceren van niet realistische planningen gaat ten koste van de geloofwaardigheid van de programma-organisatie en zal de implementatie procesmatig en inhoudelijk geen goed doen.

Het risico inzake het commitment zal blijven en zelfs toenemen naarmate de implementatie dichterbij komt zonder dat bovengenoemde punten opgelost zijn.

Andere factoren van invloed op de snelheid van verkrijgen van landelijke dekking, zijn:

- De tijdige beschikbaarheid van de aanpassingen in de XIS-sen voor de aansluiting van deze XIS-sen op de landelijke infrastructuur. De eerste geluiden van de XIS leveranciers geven aan dat zij medio 2006 hun systemen aangepast kunnen hebben voor brede implementatie in het zorgveld (voor de koplopers zijn wel eerder versies beschikbaar). Vervolgens zullen zorginstellingen al snel enkele maanden nodig hebben om de aangepaste systemen ook daadwerkelijk in gebruik te nemen (denk aan procesherontwerp en opleiding/ instructie).
- Het optreden van concurrentie met andere beleidsontwikkelingen, zoals de invoering van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006, de nasleep van de invoering van DBC's en de invoering van de declaratiecasus per 1 januari 2006 (waarin huisartsen financieel worden beloond per ontvangen bericht). Hierdoor zullen zorgverleners de invoering van EMD en WDH niet steeds als hoogste prioriteit hebben staan. Het is nog onbekend wat de invloed van deze beleidsconcurrentie zal zijn op de implementatiesnelheid van EMD en WDH.
- Het voorbehoud van de NPCF inzake toestemming vooraf: Voor de koplopers worden aanvullende maatregelen getroffen, maar het is nog onduidelijk wat dit betekent voor de landelijke gegevensuitwisseling wanneer veldpartijen niet tijdig voldoen aan de GBZ-eisen inzake beveiliging en vertrouwelijkheid.
- Er is nog weinig inzicht in de mate waarin partijen in het zorgveld gereed zijn voor aansluiting op WDH/EMD dan wel voor invoering van BSN (per 1-1-06) en UZI.

## **4. Conclusie en aanbevelingen**

### *Conclusie*

Ten aanzien van de realisatie van de doelen uit het implementatieplan, constateren wij dat er thans veel gebeurt en ook al veel bereikt is. Het is ons inziens geen vraag meer óf de landelijke voorzieningen er komen, maar wel wanneer zij komen én of en wanneer de landelijke dekking behaald zal worden: Immers, de rek is geheel uit de planning terwijl er nog veel moet gebeuren en er veel onderlinge en externe afhankelijkheden zijn. Wij menen daarom dat het een reëel risico is dat de realisatie van de landelijke voorzieningen, inclusief bijbehorende randvoorwaarden, over de datum van 1 januari 2006 zal lopen. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de planning voor de aansluiting van het zorgveld op deze voorzieningen.

### *Aanbevelingen*

Deze betreffen de hoofdpunten: planning, landelijk instrumentarium (wet- en regelgeving en financiering) en organisatie.

#### Planning:

- Betracht meer realiteitszin bij de (communicatie over) planningen, mede gelet op andere politiek-bestuurlijke ontwikkelingen die ook doorlooptijd en inspanning vergen, zoals de invoering van het BSN en de optredende beleidsconcurrentie.
- Houd niettemin stevig druk op de ketel door het monitoren en rapporteren over de voortgang van aanpassingen door leveranciers, uitgevoerde activiteiten door de koepels en daadwerkelijke implementatieresultaten bij zorginstellingen.

#### Landelijk instrumentarium:

- Voer nader onderzoek uit naar de mogelijkheid en de gevolgen van aansluiting op de landelijke voorzieningen door het zorgveld: is het zorgveld klaar voor aansluiting en tegen welke belemmeringen loopt men aan op het gebied van wet- en regelgeving en financiering.
- Beleg het kosten/baten vraagstuk eenduidig en creëer inzicht in de business case voor zorginstellingen in de praktijk. Het is niet nodig hiermee te wachten op de eerste resultaten van de koplopers. Gebruik de koplopers wel als toets en ter concretisering.
- Kom met een Wet op het EPD om daadwerkelijk gebruik van de landelijke infrastructuur af te kunnen dwingen.

#### Organisatie:

- Stem de organisatie per programmaliijn af op de fase en de bij uitvoering van het spoor betrokken partijen. Onderken daarbij dat BSN en UZI enerzijds en LSP en EMD/WDH anderzijds verschillende tempi hebben bij het bereiken van de landelijke dekking, alsook verschillende doelgroepen. Beleg eenduidig het onderhoud van contacten met zorginstellingen en leveranciers in de Care sector



ten behoeve van BSN en UZI enerzijds en het doorontwikkelen van het EPD anderzijds.

- Neem maatregelen om de continuïteit in de totale programmaorganisatie te borgen. Zoek naar manieren om de besluitvorming binnen de programmaorganisatie te versterken (bijvoorbeeld via de stuurgroep en expliciete aandacht voor de interne communicatie rond besluiten). Biedt op korte termijn zekerheid over het vervolg na 2006 van NICTIZ en de daar thans belegde activiteiten zoals doorontwikkelen van het EPD en de exploitatie van het LSP, zowel organisatorisch als financieel.

## **Bijlage Bronnen**

### **Geïnterviewde personen**

Gert-Jan Borghuis	Projectleider Koplopers
Gert-Jan van Boven	Directeur NICTIZ
Gerard van de Hoorn	Projectleider Aorta
Frans Huijnen	Projectleider BSN
Jan Kerssies	Accountmanager leveranciers
Ellen Maat	Hoof programma ICT in de zorg
Anja Smorenburg	Projectleider SBV-Z
Irma Turenhout	Unithoofd UZI-register
Gijs de Vries	Implementatiemanager
Rudi van der Valk	Communicatiemanager

### **Gebruikte documentatie (samenvatting)**

- Implementatieplan EMD en WDH, VWS, concept en definitieve versie mei 2005, incl. aanbiedingsbrief aan de Tweede Kamer
- Onderliggende plannen van aanpak per spoor (LSP, BSN, UZI, koplopers)
- Voortgangsrapportages Implementatieplan EMD en WDH, VWS, juni en augustus 2005 incl. aanbiedingsbrief aan de Tweede Kamer
- Communicatiekader EMD & WDH, Communicatieteam juli 2005, incl. onderliggende communicatieplannen per spoor
- Template projectplan brancheorganisaties, IMT, 26 april 2005 plus resulterende projectplannen NFU, NHG, Orde, NVZ, NPCF, ZN.
- Memo over status leveranciers per juli 2005, IMT, augustus 2005
- Overwegingen voor een (aanvullend) wetgevend kader EPD, memo voor de Stuurgroep Implementatie EMD/WDH van 6 september 2005'
- Notitie Vertrouwensmodel. Beschrijving, stand van zaken en acties gericht op vertrouwen bij de implementatie EMD/WDH, VWS, 31 augustus 2005
- Samenvatting uitwerking autorisatie EMD/WDH, NICTIZ, 23 augustus 2005
- Agenda's, notulen en actielijsten Stuurgroep (mei- 6 september), IMT (mei-7 september) en Directeurenoverleg (juni- 7 juli 2005).
- Brief 'BSN, EPD en privacy', NPCF, 4 augustus 2005
- Brief 'Elektronische opslag en uitwisseling van medische gegevens', KNMG, 12 augustus 2005
- Het resultaat telt, par. I.3 en I.4, IGZ, 2005