



Besluit van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 oktober 2018, kenmerk 1427093-181524-CZ, houdende vaststelling van beleidsregels voor het subsidiëren van elektronische gegevensuitwisseling tussen patiënt en ggz-instellingen (Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3)

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 1.3 van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS;

Besluit:

Artikel 1

De beleidsregels voor het verstrekken van subsidies aan ggz-instellingen voor het stimuleren van gestandaardiseerde elektronische gegevensuitwisseling tussen patiënt en zorgaanbieder en een verbeterde inzet van e-health bij ggz-instellingen worden vastgesteld overeenkomstig de bijlage bij dit besluit.

Artikel 2

In afwijking van artikel 7.5, tweede en derde lid, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS legt de ontvanger van een subsidie voor modules, bedoeld in hoofdstuk 2 van de bijlage bij dit besluit, tevens verantwoording af door het overleggen van:

- a. een rapportage van de eindtoets, opgesteld door een onafhankelijke IT-auditor, en, indien de ontvanger over een periode van drie belastingjaren € 500.000 of meer overheidssubsidie ontvangt;
- b. een financiële verantwoording waaruit blijkt dat de gerealiseerde kosten het subsidiebedrag overschrijden en er geen opbrengsten zijn gerealiseerd, overeenkomstig een door de Minister vastgesteld model;
- c. een controleverklaring opgesteld door een accountant overeenkomstig een door de Minister vastgesteld model met inachtneming van een door de Minister vastgesteld accountantsprotocol.

Artikel 3

Indien de modules waarvoor subsidie is verleend geheel zijn verricht, maar niet wordt voldaan aan de verplichting, bedoeld in artikel 2, onder b en c, kan in afwijking van artikel 7.5, vierde lid, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS de subsidie lager worden vastgesteld.

Artikel 4

Artikel 10.1 van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS wordt als volgt gewijzigd:

Aan het tweede lid wordt onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel j door een puntkomma een onderdeel k toegevoegd, luidende:

- k. subsidies uit hoofde van de Beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3.

Artikel 5

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 november 2018 en vervalt met ingang van 1 juli 2021.

Artikel 6.

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3.



Dit besluit zal met de bijlage in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis*



BIJLAGE BIJ HET BESLUIT VASTSTELLING BELEIDSREGELS SUBSIDIERING VERSNELLINGSPROGRAMMA INFORMATIE-UITWISSELING PATIËNT EN PROFESSIONAL FASE 3

Hoofdstuk 1. Inleiding

Deze beleidsregels zijn een vervolg op het Besluit vaststelling Beleidskader subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (Stcrt. 21 december 2016, nr. 68985), waarbij algemene ziekenhuizen in aanmerking kunnen komen voor een subsidie zodat zij uiterlijk met ingang van 1 juli 2021 gestandaardiseerd informatie kunnen uitwisselen met de patiënt (verder: VIPP fase 1), en op het Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 2 (Stcrt. 13 juli 2017, nr. 41685), dat geldt voor de overige instellingen voor medisch specialistische zorg, met uitzondering van de academische ziekenhuizen en de instellingen die uitsluitend geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verlenen. Deze beleidsregels bevatten een uitwerking van een vergelijkbare subsidieregeling voor de instellingen die op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde geestelijke gezondheidszorg leveren (ggz-instellingen) (zie hoofdstuk 2 en 3) en organisaties die deze instellingen en patiënten in de geestelijke gezondheidszorg vertegenwoordigen (zie hoofdstuk 4 en 5).

Net als bij de VIPP fase 1 en 2 wordt de achtergrond van deze beleidsregels gevormd door de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van 2 juli 2014 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2013-14, 27 529, nr. 130), waarbij het beleid op het terrein van verbetering van de ICT-infrastructuur in de zorg is uiteengezet.

Doel van deze regeling is dat ook ggz-instellingen op korte termijn een digitaliseringslag maken om de zorg nog veiliger, patiëntgerichter en doelmatiger te maken. Dit houdt in dat ggz-instellingen in 2021 op een gestandaardiseerde en veilige manier medische informatie digitaal kunnen uitwisselen met de patiënt. Dit draagt eraan bij dat mensen de regie krijgen over hun eigen medische gegevens en deze op termijn binnen de digitale Persoonlijke Gezondheidsomgevingen veilig kunnen beheren en gebruiken. Binnen het samenwerkingsverband MedMij werken partijen in de zorg samen om ervoor te zorgen dat websites en applicaties beschikbaar komen voor zorgprofessionals en patiënten die voldoen aan het MedMij-afsprakenstelsel. Het MedMij-afsprakenstelsel waarborgt dat informatie veilig uitgewisseld en gebruikt kan worden door deze zorgprofessional en de patiënt. De uitgangspunten van MedMij zijn daarmee relevant voor de wijze waarop ggz-instellingen de gegevensuitwisseling tussen de patiënt en de zorgverlener en de inzet hiervan binnen e-healthtoepassingen nader vormgeven. De digitale informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional moet, conform het VN gehandicaptenverdrag¹ ook toegankelijk zijn voor mensen met een beperking.

Daarnaast is bij de bestuurlijke afspraken 'aanpak wachttijden ggz van 13 juli 2017 vastgesteld dat er behoefte is aan opschaling van de implementatie van e-health en een betere digitale informatievoorziening in de ggz om onder meer de wachttijdproblematiek te beperken:

'In de ggz kan meer gebruik gemaakt worden van e-health mogelijkheden. Met het beter toepassen van de beschikbare mogelijkheden kan de zorg meer op maat worden verleend, effectiever, efficiënter en meer toegankelijk aangeboden worden en wordt de regie van de patiënt waar mogelijk vergroot. Investerings in e-health zorgen ervoor dat de ggz in de toekomst beter is uitgerust om het groeiend aantal patiënten te kunnen helpen. Oplossing: De inzet van e-health wordt stevig uitgebreid en e-health wordt beter toegankelijk gemaakt. (...) Door de inzet van e-health, kunnen patiënten die op de wachtlijst staan eerder worden geholpen en is er al een intensiever contact tussen behandelaar en de patiënt op de wachtlijst zodat verergering wordt voorkomen. Ook wordt geïnvesteerd in de informatievoorziening, zoals verbeterde uitwisseling tussen zorgverleners en hun patiënt en zorgverleners onderling. Tot slot wordt e-health ingezet om medicalisering te voorkomen, om mensen zelfredzamer te maken en zo de groei van de vraag naar ggz in goede banen te leiden.'

Op het vlak van e-health is er in de ggz-sector al veel ontwikkeling. Dit zijn echter losse initiatieven, waardoor het daadwerkelijke gebruik van deze toepassingen achterblijft. Daarnaast is de vraag op welke wijze ggz-patiënten en behandelaren e-health toepassingen kunnen vinden die vindbaar, betrouwbaar en van kwaliteit zijn. Het is gewenst dat binnen de ggz-sector onderling meer kennis wordt gedeeld en inzicht wordt ontwikkeld in de kwaliteit van de verschillende initiatieven. Opschaling is nodig en de betrouwbaarheid en vindbaarheid moet vergroot worden, zodat e-health in kan worden gezet als zelfhulp, ter preventie, op het moment dat men in de wacht staat voor behandeling, als onderdeel van de behandeling of als nazorg. Tevens zal de inzet van e-health bijdragen aan kortere wachttijden in de ggz-zorg doordat de patiënt sneller bij de juiste behandelaar terecht komt en de tijdsinzet van behandelaren per patiënt kan worden verkort.

De ICT in de ggz-sector is nu onvoldoende toekomstbestendig en niet voorbereid op de digitaliserings-

¹ Kamerstukken II, 33 990 en 33 992.



slag die nodig is om de zorg nog veiliger, patiëntgericht en doelmatiger te maken. Dit betreft met name het ontsluiten van medische gegevens naar patiënten zelf en anderen die bij de zorg van deze patiënten betrokken zijn. De doelstellingen in de genoemde brief 'e-health en zorgverbetering²' van 2 juli 2014 benadrukken al het belang van de behoefte naar informatiestandaarden en e-health in de zorg: 'Er zijn belemmeringen in de informatie-uitwisselingen. Er is behoefte aan (geaccepteerde) technische standaarden die zorgadministraties en apps onderling interoperabel maken.'

Sectorbreed heeft de ggz nog een grote stap te maken waar het gaat om het ontsluiten van informatie naar de patiënt. Verschillende ggz-instellingen zijn al wel aan de slag met een patiëntenportaal en/of e-health-initiatieven. Door GGZ Nederland is met de relevante partijen uit het veld een visie en een plan van aanpak opgesteld om via het verbeteren van digitale gegevensuitwisseling de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Daarbij is rekening gehouden met de verschillen tussen instellingen in de mate van ontsluiten van informatie naar de patiënt, zoals volgt uit de nulmeting, zodat de concurrentiepositie van instellingen die al voorop lopen niet wordt beïnvloed door subsidie van de overheid. Deze visie is gericht op een waardegedreven zorg, heet '@PATIENT connect³' en is benut bij het opstellen bij deze beleidsregels.

Doel van het onderhavige besluit

Deze subsidieregeling kent twee doelen: verbeterde en gestandaardiseerde informatie-uitwisseling in de ggz (tussen patiënt en professional en professionals onderling) en beter gebruik van e-health, mede om de wachttijden terug te dringen.

- Om de informatie-uitwisseling te verbeteren passen ggz-instellingen hun **ICT-infrastructuur** aan zodat zij (bepaalde) medische gegevens op een (veilige) gestandaardiseerde wijze elektronisch naar patiënten kunnen ontsluiten en mogelijk patiënten ook informatie kunnen aanleveren/toevoegen. Dit leidt ertoe dat een patiënt de beschikking heeft over zijn eigen (digitale) medische informatie. De patiënt kan deze informatie gebruiken voor inzicht in de eigen gezondheid, om te delen met andere zorgverleners en voor de mogelijkheden van app's en internet voor de zorg voor zichzelf. De patiënt heeft dan inzicht in zijn eigen gezondheid door zelfmeetgegevens en de gegevens uit de medische dossiers van de professional. Doordat de patiënt deze gegevens kan samenvoegen met gegevens van andere behandelaren heeft de patiënt (en de behandelaren, die hij de toestemming geeft, deze informatie in te zien) een goed overzicht van zijn eigen gezondheid en zijn mogelijkheden om deze te beïnvloeden. Dit sluit aan bij mijn beleid om de patiënt meer regie te geven over zorg en zijn eigen beslissingen te maken hierin.
- De **inzet van e-health** in de ggz wordt verbeterd en vergroot door het gebruik hiervan te stimuleren en van dit gebruik te leren. Naast eigen regie biedt e-health de mogelijkheid meer zorg meer op maat te leveren. E-health kan tijd- en plaatsonafhankelijk worden ingezet op momenten dat er geen direct contact is met een hulpverlener en geeft feedback op eigen gedrag. Door de hierboven genoemde gestandaardiseerde informatiehuishouding kunnen e-healthinterventies makkelijker gekoppeld worden en in het zorgproces worden ingezet. Daarnaast wordt geïnvesteerd in een infrastructuur om e-health beter vindbaar en toegankelijk te maken. Door de patiënt hier een betere positie bij te geven, leidt het tot een hogere betrouwbaarheid en grotere patiëntgerichtheid van e-health. Dit draagt eraan bij dat patiënten de best passende zorg ontvangen, dat zij plaats- en tijdonafhankelijk toegang hebben tot informatie en steun, onnodige medicalisering kan worden voorkomen, sneller bij de juiste zorgverlener terecht komen en mensen zelfredzamer worden.

Opbouw subsidieregeling

Deze beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3 bestaan uit vijf onderwerpen die beschreven staan in hoofdstuk 2 tot en met 6. Onderstaande toelichting is daarom als volgt opgebouwd.

Hoofdstuk 2 gaat in op de subsidies voor verschillende modules voor ggz-instellingen ten behoeve van de implementatie in de praktijk.

Hoofdstuk 3 betreft een subsidie voor koplopers die niet in aanmerking komen voor de modules C1 en C2 uit hoofdstuk 2. Ook deze koplopers moeten volgende stappen gaan zetten in de gestandaardiseerde elektronische gegevensuitwisseling of het gebruik van e-health.

Hoofdstuk 4 gaat in op de programmabegeleiding door GGZ Nederland. Deze subsidie bevat een combinatie van activiteiten die samenhangen met de rol van belangenbehartiger van ggz-instellingen en activiteiten die nodig zijn om dit programma te realiseren.

Hoofdstuk 5 gaat nader in op de vindbaarheid, betrouwbaarheid en de patiëntgerichtheid van de toepassingen van e-health door het realiseren van een wegwijzer. Bij het inrichten van deze wegwijzer moet het patiëntenbelang voorop staan. Deze subsidie ter bevordering van de positie van de patiënt in de zorg is bedoeld voor de vertegenwoordiger van patiëntenorganisaties op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, te weten: MIND.

² www.rijksoverheid.nl, Kamerstukken 27 529, nr. 130.

³ <http://www.ggz-connect.nl/pagina/over-ggz-connect>.



Hoofdstuk 6 gaat in op het inbouwen van standaarden in de Elektronische Patiënten Dossiers die de ggz-instellingen gebruiken. De gebruikersverenigingen van de ggz-instellingen moeten dit laten realiseren door de leveranciers van de systemen die zij hiervoor gebruiken.

In Hoofdstuk 7 en 8 wordt ingegaan op de juridische kaders waarbinnen op basis van deze beleidsregels subsidie wordt verstrekt.

In hoofdstuk 9 wordt ingegaan op de gevolgen voor de administratieve lasten.

Hoofdstuk 10 regelt de inwerkingtreding.

Juridisch inbedding

Subsidiëring op het terrein van het Ministerie van VWS geschiedt op basis van de Kaderwet VWS-subsidies. De subsidies worden verstrekt met inachtneming van de voorschriften van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (hierna: Kaderregeling). Daarin zijn de verplichtingen die over en weer gelden tussen subsidieontvanger en subsidiegever neergelegd. In artikel 1.2 van de Kaderregeling staat dat subsidies worden verstrekt die passen binnen het beleid van de Kaderwet VWS-subsidies. Overeenkomstig artikel 1.3 kunnen die activiteiten en de voorwaarden waaronder subsidieverstrekking plaatsvindt in beleidsregels nader worden bepaald. Onderhavige beleidsregels 'subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3 (VIPP fase3)' vormen het kader voor de subsidieverstrekking. Op de verstrekking van de subsidies zijn zowel de Kaderregeling als deze beleidsregels van toepassing.

Begrippenlijst

In deze subsidieregeling worden diverse begrippen regelmatig gebruikt. Voor de eenduidigheid van de toepassing van de regeling en tevens voor de leesbaarheid is onderhavige begrippenlijst opgenomen.

- a. *behandelcontract*: een contactmoment tussen patiënt en de instelling dat relevant is voor de behandeling, in het kader van de basis ggz of de gespecialiseerde ggz, met een zorgverlener met een AGB-code⁴. Het contact kan gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar.
- b. *DBC: Diagnose Behandeling Combinatie*: een DBC omvat het traject dat een patiënt doorloopt als hij zorg nodig heeft voor een specifieke diagnose, vanaf het eerste contact bij een gespecialiseerde GGZ-aanbieder tot en met de behandeling die hier eventueel uit volgt. De DBC vormt de basis voor de declaratie van deze geleverde zorg.
- c. *e-health module*: een e-health module maakt onderdeel uit van de behandeling. De data die met de e-health module verzameld wordt, wordt gebruikt in het zorgproces. Het kan bijvoorbeeld gaan om een combinatie van instructies, vragenlijsten, virtual reality en bewegend beeld in interactie met de patiënt (animaties, gamification). Een module waarmee alleen een enkel digitaal formulier wordt ingevuld door patiënten (zoals de ROM vragenlijst of een evaluatie-vragenlijst), of een module met als enige functionaliteit schriftelijke (mail, app) of mondelinge communicatie (beeldbellen) valt niet binnen de definitie van e-health module zoals gebruikt in deze regeling. Dit is te beperkt en draagt onvoldoende bij aan het reduceren van wacht- en/of behandelingsduur.
- d. *e-health toepassing*: een e-health toepassing kan allerlei ICT-toepassingen in de zorg betreffen waarmee informatie verzameld of uitgewisseld wordt, zoals een digitale vragenlijst, een website of een app op de mobiele telefoon.
- e. *Elektronisch Patiëntendossier (EPD)*: Hiermee wordt het betreffende systeem bedoeld, maar ook de digitale geïntegreerde plek waar behandelaren de medische en administratieve gegevens van patiënten verwerken en waarin die gegevens in één of verschillende bronssystemen opgeslagen kunnen worden.
- f. *Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS)*: een softwaretoepassing voor het voorschrijven van geneesmiddelen die tevens beslissingsondersteuning biedt ('medicatiebewaking') ter voorkoming van onveilige situatie. Een EVS kan een losstaande applicatie zijn of geïntegreerd in het EPD zijn.
- g. *Gebruikersvereniging*: een vereniging met als doel het product van de EVS of EPD leverancier af te stemmen op de behoefte van de ggz-instelling en haar professionals. Er dienen minimaal drie instellingen die zijn toegelaten voor het leveren van medisch specialistische zorg lid te zijn van de vereniging, waarvan minimaal één instelling een middelgrote, grote of integrale ggz-instelling is, zoals gedefinieerd in deze regeling VIPP fase 3.
- h. *Ggz-instelling*: instellingen voor medische specialistische zorg die op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde geestelijke gezondheidszorg leveren⁵.
- i. *Handboek VIPP toetsingsprocedure*: het handboek wordt gebruikt om vast te stellen of een ggz-instelling aan de resultaatsverplichtingen van de subsidie heeft voldaan. In het handboek wordt concreet, gedetailleerd en per module beschreven hoe de auditor moet toetsen of een resultaat voldoende is behaald.

⁴ Een AGB-code is een identificatie-code voor zorginstellingen, zie: <https://www.agbcode.nl/>.

⁵ Dit betreft de productie zorgverzekeringswet basis- ggz en de productie zorgverzekeringswet gespecialiseerde ggz, die is opgenomen in de wettelijk verplichte Maatschappelijke Verantwoording.



j. *informatiestandaard medicatieproces*: dit betreft een informatiestandaard voor gegevensuitwisseling met betrekking tot het medicatieproces. In deze standaard zijn afspraken opgenomen over onder meer het versturen en ontvangen van het medicatievoorschrift, de medicatieverstrekking en het medicatie-overzicht. In het kader van onderhavige regeling zijn de volgende versies relevant:

Versie 6.12: <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/medicatieveiligheid/>

Versie 9.0.6: <https://www.nictiz.nl/Paginas/Informatiestandaard-Medicatieproces.aspx>

k. *ketenzorgpartner*: is een zorgaanbieder waarmee een ggz-instelling die voor subsidie in aanmerking wil komen in de keten mee samenwerkt, denk hierbij aan een huisarts, een instelling voor beschermd wonen, etc.

l. *Ketenzorg*: is zorg voor een patiënt verleend door verschillende zorgaanbieders, en afgestemd op de klachten van de patiënt.

m. *Koploper*: ggz-instelling waarbij uit de nulmeting blijkt dat deze de resultaten zoals vermeld onder modules C1 en C2 uit hoofdstuk 2 van deze regeling reeds grotendeels gerealiseerd heeft en daarmee niet voor subsidie van de betreffende modules in aanmerking komt.

n. *MedMij*: MedMij is een afsprakenstelsel voor het veilig en betrouwbaar uitwisselen van gezondheidsgegevens tussen zorggebruikers en zorgverleners, en stelt eisen aan persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO) en ICT-systemen van zorgaanbieders voordat zij via het stelsel informatie kunnen uitwisselen, zie <https://afsprakenstelsel.medmij.nl>. Het afsprakenstelsel onderscheidt twee rollen, te weten die van dienstverlener persoon (zoals PGO leveranciers) en van dienstverlener zorgaanbieder (zoals XIS (=EPD) leveranciers en infrastructuren). Burgers en zorgaanbieders treden niet zelf in één van die rollen toe, maar weten zich door hun dienstverleners verzekerd van betrouwbare, gestandaardiseerde en veilige informatie-uitwisseling.

o. *Nulmeting*: De nulmeting wordt vooraf uitgevoerd door GGZ Nederland. In deze nulmeting, die via GGZ Nederland aan ggz-instellingen ter beschikking wordt gesteld, wordt vastgesteld wat de huidige staat van gegevensontsluiting en inzet van e-health van een instelling is.

p. *Omzet peiljaar*: Dit betreft de productie Zorgverzekeringswet Basis- GGZ en de productie Zorgverzekeringswet Gespecialiseerde GGZ, die met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2016, die is goedgekeurd door de accountant en wordt gepubliceerd via de website van het CIBG⁶. VWS hanteert voor deze subsidie peiljaar 2016. Instellingen die een groeicurve doormaken en in peiljaar 2016 een omzet hebben tussen de € 400.000,- en € 500.000,- mogen in aanvulling op de omzet van 2016 ook de omzet 2017 mits deze met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2017, die is goedgekeurd door de accountant.

q. *Onafhankelijke IT-auditor*: Deze IT-auditor is ingeschreven in het register van gekwalificeerde IT-auditors, het Register EDP-Auditor, dat beheerd wordt door NOREA⁷;

r. *Persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)*: dit is een levenslang hulpmiddel voor de burger/patiënt om relevante gezondheidsinformatie te verzamelen, te beheren en te delen via gestandaardiseerde gegevensverzamelingen voor gezondheidsinformatie en geïntegreerde digitale zorgdiensten.

s. *Zorg informatiebouwsteen (ZIB)*: Een zorginformatiebouwsteen beschrijft nauwkeurig wat er over een bepaald item van het zorgproces van de patiënt moet worden vastgelegd. Een ZIB is een herbruikbaar blokje informatie dat in verschillende informatiestandaarden gebruikt kan worden.

t. *Zvw gefinancierde ggz-zorg*: Dit betreft de productie zorgverzekeringswet basis- ggz en de productie zorgverzekeringswet gespecialiseerde ggz, die met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2016, die is goedgekeurd door de accountant en wordt gepubliceerd via de website van het CIBG.

Hoofdstuk 2. Subsidie voor modules voor ggz-instellingen

De subsidie is bedoeld voor instellingen voor medische specialistische zorg die op basis van de Zorgverzekeringswet (Zvw) gefinancierde geestelijke gezondheidszorg leveren⁸ (ggz-instellingen). Deze instellingen leveren verzekerde zorg aan eigen patiënten. Indien een instelling deel uitmaakt van een groep (concern)⁹ is op basis van deze beleidsregels slechts één subsidie per groep mogelijk.

Ziekenhuizen die op grond van het beleidskader VIPP fase 1 alsmede overige instellingen voor medisch specialistische zorg die op grond van de beleidsregels VIPP fase 2 in aanmerking (kunnen) komen voor subsidie, zijn uitgezonderd van deze regeling (VIPP fase 3). PUK¹⁰ of PAAZ¹¹ zijn hiermee

⁶ Zie hoofdstuk 7 Gegevensverstrekking uitvoeringsbesluit Wtzi.

⁷ De beroepsorganisatie van IT-auditors in Nederland en beheert het register van gekwalificeerde IT-auditors.

⁸ Dit betreft de productie Zorgverzekeringswet Basis- GGZ en de productie Zorgverzekeringswet Gespecialiseerde GGZ, die is opgenomen in de wettelijk verplichte Maatschappelijke Verantwoording.

⁹ In de zorg komt het veel voor dat vooral de wat grotere organisaties gebruik maken van een holdingstructuur. Er is dan een holdingvennootschap of een moederstichting die direct of indirect zeggenschap heeft over dochtermaatschappijen waarin de zorgactiviteiten plaatsvinden.

¹⁰ PUK = Psychiatrische Universiteitskliniek

¹¹ PAAZ = Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis



eveneens uitgezonderd van de subsidieregels in deze beleidsregels, omdat de ziekenhuizen reeds in aanmerking zijn gekomen voor een subsidie op grond van VIPP fase 1. Instellingen die een omzet verzekerde ggz-zorg hebben (basis-ggz en gespecialiseerde ggz)¹² van € 500.000,- of lager in peiljaar 2016 of 2017 zijn ook uitgezonderd. Met de optie om ook voor peiljaar 2017 te kunnen kiezen, kunnen ook instellingen die een groeicurve doormaken in aanmerking komen voor een subsidie.

Voor de ggz-instellingen vergt het een behoorlijke inspanning om medische informatie en medicatiegegevens op een veilige manier en gestandaardiseerd vast te leggen en te ontsluiten en om meer e-health toepassingen tijdens en voorafgaand aan de behandelingen in te voeren en hiervan te leren. Om deze inspanning te kunnen realiseren moeten de ggz-instellingen diverse activiteiten uitvoeren. Afhankelijk van het vertrekpunt van de instelling verschillen de noodzakelijke activiteiten. Voor de ggz-instellingen die nu nog geen gestructureerde informatie vastleggen en ontsluiten ligt bijvoorbeeld een andere uitdaging dan voor instellingen die dat wel doen. Doordat er verschillende modules zijn binnen een onderdeel, kan de ggz-instelling de module aanvragen die past bij het vertrekpunt van de instelling. Op deze manier wordt ggz-breed een impuls gegeven en kan iedere instelling een stap maken. Het VIPP fase 3-programma bevat drie hoofdonderdelen:

- Onderdeel A: patiënt en verbeterde informatie-uitwisseling
- Onderdeel B: medicatie-informatie
- Onderdeel C: beter gebruik van e-health.

Afhankelijk van de soort en de grootte van de ggz-instelling kan de omvang van de benodigde activiteiten en de daarbij redelijkerwijs te maken kosten verschillen. Om die reden is bij deze subsidie een onderverdeling gemaakt in verschillende categorieën ggz-instellingen. Doel van de onderverdeling is dat de instellingen een subsidie kunnen aanvragen die een goede stimulans is voor de eigen veranderopgave, waarbij er geen risico is dat deze financiële ondersteuning leidt tot overcompensatie. In onderdeel 2F is deze categorie-indeling en de hoogte van de subsidie per module nader toegelicht.

Het totaal aantal aanvragen per instelling is gelimiteerd tot drie modules uit de onderdelen A, B en C. Een instelling komt alleen in aanmerking voor subsidie indien voor tenminste module A1 of module A2 wordt gekozen en ook daadwerkelijk wordt behaald. Of een ggz-instelling een module heeft gerealiseerd, wordt beoordeeld op basis van de criteria van de module zoals beschreven in het Handboek VIPP toetsingsprocedure voor de onafhankelijke toetsing door een EDP/IT auditor (zie onderdeel H).

A patiënt en verbeterde informatie-uitwisseling (module A1 + A2)

Dit onderdeel heeft tot doel dat de medische gegevens van patiënten digitaal en gestandaardiseerd worden vastgelegd en beschikbaar worden gesteld voor patiënt en zorgprofessional. Het is van belang dat de patiënt op gestandaardiseerde wijze de beschikking heeft over zijn eigen dossiergegevens, zodat hij deze gegevens in zijn eigen PGO kan gebruiken. Hiertoe dienen de gegevens aan standaarden te voldoen om bijvoorbeeld uit het dossier van de ggz-instelling naar de bewuste patiënt ontsloten te kunnen worden en dient de zorgaanbieder gegevens uit haar ICT-systeem conform het MedMij afsprakenstelsel te kunnen ontsluiten naar PGO's en het eventuele eigen patiëntenportaal.

De standaarden die in deze regeling gebruikt worden voor deze medische gegevens betreffen de ZIB's die door MedMij, Nictiz en GGZ Nederland na afstemming met andere veldpartijen, zoals de LVVP, zijn vastgesteld. Deze ZIB's komen zoveel mogelijk overeen met de ZIB's die gebruikt worden voor MedMij en die reeds in VIPP fase 1 en 2 worden gebruikt. Voor bepaalde onderdelen zijn sectorspecifieke ZIB's opgesteld. De ZIB's voor de ggz zijn opgenomen in bijlage 1 (dit betreft een losse bijlage). Hierdoor past deze regeling binnen de landelijke ontwikkelingen zoals MedMij en Registratie aan de Bron. Het gestructureerd vastleggen van gegevens bevordert ook de herbruikbaarheid van gegevens door andere zorgverleners in de keten, indien de patiënt daar toestemming voor geeft.

Het onderdeel patiënt en verbeterde informatie-uitwisseling bestaat uit 2 modules: A1 en A2. Instellingen kunnen maximaal voor één module uit dit onderdeel subsidie aanvragen, module A1 óf module A2. Het onderscheid tussen module A1 en A2 is gelegen in het percentage patiënten dat gegevens heeft bekeken of ingelogd via een PGO of eventueel een patiëntenportaal of een ander platform waar je je gegevens kunt inzien (A1 tenminste 10% en A2 tenminste 15%).

Module A1: Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

¹² Dit betreft de productie Zorgverzekeringswet Basis- GGZ en de productie Zorgverzekeringswet Gespecialiseerde GGZ, die met gebruikmaking van het model-jaardocument Maatschappelijke Verantwoording is opgenomen in de jaarverantwoording 2016 of 2017, die is goedgekeurd door de accountant.



Resultaatsverplichtingen

- Op 1 februari 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens:
 - De vastgestelde set ZIB's voor de ggz. Deze gegevens dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. Dit houdt in dat bepaalde ZIB's waarvan het FHIR-profiel¹³ reeds beschikbaar is op deze wijze vastgelegd en ontsloten kunnen worden. Zie bijlage 1 voor het overzicht van ZIB's en de gestandaardiseerde wijze van ontsluiting.
 - Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven
 - ROM-uitslagen.
- De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 februari 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel (zoals gepubliceerd op <http://afsprakenstelsel.medmij.nl>) te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.
- De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn voor opvraging vanuit het PGO en op het eventuele patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren¹⁴.
- Minimaal 10% van de patiënten die basis-ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangt, die in de periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad bij de instelling, heeft ingelogd op het eventuele patiëntenportaal en/of gegevens ontsloten naar een PGO. Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke log-ins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg en/of gespecialiseerde ggz-zorg.
- De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS¹⁵ substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste tweefactorauthenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.

Wanneer komt een instelling niet in aanmerking?

Een instelling komt niet in aanmerking voor subsidie voor deze module als uit de nulmeting die voorafgaand aan de subsidieaanvraag wordt uitgevoerd (zie D Aanvragen van een subsidie) blijkt dat al aan meer dan 50% van de resultaatsverplichtingen van de module wordt voldaan¹⁶. In die gevallen is de veranderopgave te beperkt voor de subsidie die de instelling voor deze module kan ontvangen en ontstaat een risico op overcompensatie.

Module A2: Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

Resultaatsverplichtingen

- Op 1 februari 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens:
 - De vastgestelde set ZIB's voor de ggz. Deze gegevens dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het

¹³ Dit is een bepaalde informatie-uitwisselingsstandaard. Een uitwisselingsstandaard is een set van afspraken om uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen informatiesystemen van zorgverleners op elektronische wijze mogelijk te maken. Zodra een uitwisselingsstandaard in zorginformatiesystemen is ingebouwd, kunnen deze systemen op uniforme wijze met elkaar communiceren. FHIR (spreek op z'n Engels uit fire) is bij uitstek geschikt voor het koppelen van verschillende applicaties en apparaten in een persoonlijke gezondheidsomgeving.
<https://www.medmij.nl/wp-content/uploads/2017/06/Factsheet-MedMij-FHIR.pdf>

¹⁴ Zie de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst artikel 7:448 lid 3 Burgerlijk Wetboek.

¹⁵ <https://www.digitaleoverheid.nl/dossiers/eidas/>. Europese burgers en bedrijven moeten vanaf 29 september 2018 bij alle Nederlandse organisaties in de publieke sector kunnen inloggen met een door Europa erkend nationaal inlogmiddel. Dat hebben de EU-lidstaten met elkaar afgesproken in de eIDAS-verordening. De Europese Unie wil hiermee regelen dat het makkelijker en veiliger wordt om binnen Europa online zaken te regelen.

¹⁶ In de kostenonderbouwing voor het subsidiebedrag voor instellingen is ermee rekening gehouden dat instellingen dit al deels op orde hebben, waardoor er ook bij instellingen die 49% gerealiseerd hebben geen risico is op overcompensatie.



patiëntenportaal. Dit houdt in dat de ZIB's waarvan het FHIR-profiel¹⁷ reeds beschikbaar is op deze wijze vastgelegd en ontsloten kunnen worden. Zie bijlage 1 voor het overzicht van ZIB's en de gestandaardiseerde wijze van ontsluiting.

- Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven.
 - ROM-uitslagen.
2. De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 februari 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel (zoals gepubliceerd op <http://afsprakenstelsel.medmij.nl>) te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder, indien nog niet aangesloten, deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.
 3. De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn in het PGO of op het patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren¹⁸.
 4. Minimaal 15% van de patiënten die basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangen, die in de periode van 30 dagen een contactmoment hebben gehad bij de instelling, heeft ingelogd in het eventuele patiëntenportaal en/of gegevens ontsloten naar een PGO. Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke log-ins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg of gespecialiseerde-ggz-zorg.
 5. De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS¹⁹ substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste tweefactorauthenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.

Wanneer komt een instelling niet in aanmerking?

Een instelling komt niet in aanmerking voor subsidie voor deze module als uit de nulmeting die voorafgaand aan de subsidieaanvraag wordt uitgevoerd (zie D Aanvragen van een subsidie) blijkt dat al meer dan 40% van ZIB conform de MedMij-standaarden kan worden.

Aanvullende bepalingen inzake MedMij afsprakenstelsel

Binnen het Informatieberaad zorg zijn zorgbreed doelen vastgesteld op het gebied van veilig en gestandaardiseerd uitwisselen van patiënteninformatie²⁰. Een belangrijk onderdeel hiervan is het afsprakenstelsel MedMij, dat de spelregels bevat voor ICT-leveranciers om veilig gegevens uit te kunnen wisselen met patiënten. Met het hebben van een overeenkomst voor ontsluiting van gegevens naar een PGO, met een ICT leverancier die voldoet aan het MedMij afsprakenstelsel, zorgt de instelling ervoor dat patiënten gebruikers daadwerkelijk in hun PGO kunnen gaan beschikken over de ggz-gegevens. Dit sluit aan bij outcomedoel 2 van het Informatieberaad: 'Alle zorgaanbieders ondersteunen een gelijkwaardiger samenwerking tussen patiënt en zorgverleners en bieden daarom vanaf 1 januari 2020 aan burgers de mogelijkheid om hun medische gegevens digitaal en gestructureerd in te zien en die gegevens te ontsluiten naar hun PGO waaraan zij hun eigen gegevens kunnen toevoegen'.

Met inachtneming van de ontwikkelingen in het veld zijn er in Module A1 en A2 nadere regels opgenomen. Onder resultaatsverplichtingen in de onderdelen 2 voor de verplichtingen van ggz-instellingen is opgenomen dat zij gebruik maken van een dergelijke leverancier die MedMij gecertificeerd is. Gedurende de looptijd van deze subsidieregeling wordt gemonitord of de ambities die geformuleerd zijn ten aanzien van het afsprakenstelsel, gerealiseerd worden volgens de huidige verwachting. Deze nadere regels vervallen ingeval er sprake is van overmacht bij het behalen van deze resultaatverplichting. Onder overmacht wordt hier bijvoorbeeld een van de volgende situaties verstaan:

- het blijkt dat het inbouwen van ZIB's niet mogelijk is doordat MedMij geen adequate specificaties/koppelvlakken hiervoor tijdig beschikbaar heeft gesteld of,
- de ontsluiting naar PGO's conform MedMij afsprakenstelsel is niet mogelijk omdat technische

¹⁷ Dit is een bepaalde informatie-uitwisselingsstandaard. Een uitwisselingsstandaard is een set van afspraken om uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen informatiesystemen van zorgverleners op elektronische wijze mogelijk te maken. Zodra een uitwisselingsstandaard in zorginformatiesystemen is ingebouwd, kunnen deze systemen op uniforme wijze met elkaar communiceren. FHIR (spreek op z'n Engels uit fire) is bij uitstek geschikt voor het koppelen van verschillende applicaties en apparaten in een persoonlijke gezondheidsomgeving.
<https://www.medmij.nl/wp-content/uploads/2017/06/Factsheet-MedMij-FHIR.pdf>

¹⁸ Zie de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst artikel 7: 448 lid 3 Burgerlijk Wetboek.

¹⁹ zie voetnoot 13.

²⁰ <https://www.informatieberaadzorg.nl/outcomedoelen/publicaties/publicaties/2017/3/24/generieke-outcome-doelen-informatieberaad>



- specificaties en toetsingscriteria van het afsprakenstelsel niet adequaat werkend of tijdig beschikbaar zijn of,
- de ICT-leverancier van de instelling wordt door MedMij niet tijdig in staat gesteld het toetredingsproces te doorlopen.

Daarbij is het wel van belang dat de ggz-instelling aantoonbaar de passende activiteiten (bijvoorbeeld intensief overleg, onderhandelingen) te hebben ondernomen om bij de eigen ICT leverancier erop aan te dringen te voldoen aan het MedMij afsprakenstelsel. Mocht de leverancier desondanks de ontsluiting van gegevens naar PGO's conform het MedMij afsprakenstelsel niet tijdig realiseren, dan dient de ggz-instelling hier tijdig melding van te maken (in ieder geval voor 1 juli 2020) bij het Ministerie van VWS. Ik wijs hierbij op de meldingsplicht van subsidieontvangers van artikel 5.7 van de Kaderregeling.

Een instelling kan daarnaast uitstel vragen, als hij van ICT-leverancier wil wisselen om aan de resultaatsverplichtingen te kunnen gaan voldoen. Het verzoek om uitstel moet zo snel mogelijk of in ieder geval vóór 1 februari 2021 worden gedaan.

B Medicatie informatie (B1 + B2)

De doelen van dit onderdeel zijn dat er bij het voorschrijven van medicatie eerst of gelijktijdig medicatieverificatie plaatsvindt, medicatiebewaking door de inzet van het EVS, het gestandaardiseerd digitaal versturen van een medicatievoorschrift naar de apotheek en het aanbieden van een actueel medicatieoverzicht aan de patiënt bij ontslag uit de ggz-instelling.

Meestal gaan recepten nog op papier of per fax naar de apotheek. Het risico hiervan is dat de recepten onjuist gebruikt worden, bijvoorbeeld door een voorschrift bij meerdere apotheken af te halen of te vervalsen. Daarnaast zijn de administratieve lasten in het huidige werkproces hoog, het recept moet gefaxt worden en de ontvangstbevestiging wordt handmatig verwerkt. Een vooraankondiging²¹ van het medicatievoorschrift dat elektronisch verstuurd wordt, komt alleen bij de voorkeursapothek van de patiënt.

Daarnaast wordt het vaak nog aan de patiënt gevraagd zelf aan te geven welke medicatie hij gebruikt, of dat hij bij de apotheek een actueel medicatieoverzicht opvraagt en meeneemt naar de instelling. Vervolgens verifieert de instelling met de patiënt of het actuele overzicht van de medicatie (de verstrekte medicatie) overeenkomt met de medicatie afspraken tussen arts(en) en patiënt. Wanneer deze informatie digitaal beschikbaar is bij de instelling, hoeft de instelling de informatie van het papieren overzicht niet eerst op of over te nemen, hetgeen het risico op medicatiefouten verlaagt, de administratieve last vermindert en leidt tot meer tijd voor de patiënt. Medicatieverificatie met de patiënt blijft nodig. De patiënt heeft niet meer de last om een recent actueel medicatieoverzicht bij de eigen apotheek op te moeten halen. Als het geverifieerde actuele medicatieoverzicht bij opname of een ambulante afspraak completer is, dan kan de zorgverlener beter geïnformeerd medicatie voorschrijven.

Tot slot is er ook niet altijd een digitaal actueel medicatieoverzicht bij ontslag aanwezig, waardoor het mogelijk is dat de patiënt en/of de opvolgende zorgverleners niet weten welke medicatieafspraken de ggz-zorgverlener met de patiënt gemaakt heeft. De digitale informatie over wat afgesproken is tussen de ggz-zorgverlener en patiënt over het gebruik van de medicatie ontbreekt. Dit is nodig om actueel inzicht te hebben in de medicatieafspraken en om de risico's op medicatiefouten te beperken.

De medicatieafspraken moeten ook beschikbaar gesteld kunnen worden aan andere zorgverleners (bijvoorbeeld door aanmelding op het Landelijk Schakel Punt²² of een ander uitwisselingssysteem). Het kunnen raadplegen van de medicatieafspraken biedt andere zorgverleners in de keten de mogelijkheid om bij een ggz-instelling op te vragen wat de medicatie(afspraken) bij ontslag is geweest. Medicatieafspraken na ontslag of een ambulante afspraak zijn ook beschikbaar voor raadpleging door andere zorgverleners, mits de patiënt toestemming heeft gegeven.

Het onderdeel Medicatie en informatie bestaat uit 2 modules: B1 en B2. Ggz-instellingen kunnen subsidie voor beide modules aanvragen indien het een instelling betreft waar medicatie wordt voorgeschreven. Zoals hiervoor reeds aangegeven mag een instelling maximaal drie modules uit de onderdelen A, B en C aanvragen. Wanneer een instelling zowel subsidie voor module B1 en B2

²¹ Er is sprake van een vooraankondiging van het officiële recept, omdat het voorschrift geen elektronische handtekening van de voorschrijvend arts bevat.

²² <https://www.vzvz.nl/over-het-lsp>, Het Landelijk Schakelpunt is een zorginfrastructuur. Zorgaanbieders kunnen aansluiten op dit 'netwerk' om medische gegevens van hun patiënten digitaal met elkaar te delen – 24 uur per dag, 7 dagen per week. Het Landelijk Schakelpunt is speciaal hiervoor ontwikkeld en beveiligd. Het Landelijk Schakelpunt is geen database: er worden geen medische gegevens in opgeslagen. De gegevens van patiënten blijven gewoon staan in de systemen van hun zorgverleners: de huisarts en de apotheek.



aanvraagt, kan die instelling slechts voor één andere module uit onderdeel A subsidie aanvragen.

Module B1: Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 medicatievoorschriften digitaal aan kan bieden als vooraankondiging en/of elektronisch recept.

Resultaatsverplichtingen

Op 1 februari 2021 heeft de ggz-instelling een werkwijze geïmplementeerd waarmee zij recepten elektronisch kan versturen, conform de standaard voor vooraankondiging (van het officiële recept) en/of het elektronisch recept. Het bericht van de vooraankondiging dient verstuurd te worden conform de informatiestandaard voor het medicatieproces versie 9.06 of hoger²³. Een ggz-instelling die gebruik maakt van een EVS dat reeds in staat is om de vooraankondiging conform versie 6.12 van de informatiestandaard voor het medicatieproces te versturen, mag de vooraankondiging ook met deze versie versturen.

Van de voorgeschreven recepten moet in de periode van 30 dagen minimaal 30% als vooraankondiging elektronisch verstuurd worden. In geval dat de doelstelling niet wordt behaald om reden dat apotheken niet in staat zijn de vooraankondiging conform versie 9.06 of hoger te ontvangen, dan dient de instelling aan te tonen dat zij in staat is de vooraankondiging conform deze versie te versturen.

Wanneer komt een instelling niet in aanmerking?

Een instelling komt niet in aanmerking voor subsidie voor deze module als uit de nulmeting die voorafgaand aan de subsidieaanvraag wordt uitgevoerd (zie onderdeel D) blijkt dat de gevraagde functionaliteit reeds geïmplementeerd is in bijvoorbeeld het EVS en/of wanneer van de voorgeschreven recepten reeds voor meer dan 15% vooraankondigingen verstuurd worden conform de betreffende standaard voor het medicatieproces.

Module B2: Activiteiten die er toe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 gestandaardiseerd digitaal een actueel overzicht van medicatie kan raadplegen als onderdeel van het medicatieproces en daar medicatieverificatie op uitvoert en ditzelfde overzicht aan de patiënt kan verstrekken bij ontslag.

Resultaatsverplichtingen

1. Op 1 februari 2021 moet, bij minimaal 40% van het aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen is opgenomen, het medicatieoverzicht met verstrekkingsinformatie van de openbare apotheek die geïntegreerd in het EPD/ EVS opgenomen kan worden, met de patiënt geverifieerd en geraadpleegd zijn als onderdeel van het medicatieproces.
2. Op 1 februari 2021 moet, bij minimaal 10% van het aantal ambulante patiënten dat in een periode van 30 dagen een contactmoment heeft gehad in het kader van verzekerde Basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg met een psychiater, arts of een andere ggz-zorgverlener die bevoegd is om medicatie voor te schrijven, het medicatieoverzicht met de patiënt geverifieerd en geraadpleegd zijn, als onderdeel van het medicatieproces.
3. Op 1 februari 2021 wordt het actuele medicatieoverzicht digitaal aan de patiënt verstrekt bij ontslag uit de kliniek, waarbij aantoonbaar dient te worden gemaakt dat het medicatieoverzicht voldoet aan de structuur zoals gedefinieerd in de informatiestandaard medicatieproces versie 9.06 of hoger. Dit overzicht dient aan alle klinische patiënten, na ontslag, digitaal beschikbaar gesteld te kunnen worden.
4. Op 1 februari 2021 moet minimaal de informatiestandaard voor het medicatieproces versie 9.06 of hoger voor het registreren van medicatieafspraken in het EPD of EVS zijn geïmplementeerd en worden medicatieafspraken volgens deze standaard vastgelegd en, indien de patiënt daar expliciet toestemming voor heeft gegeven, beschikbaar gesteld aan andere zorgverleners via een regionale of landelijke uitwisselingsinfrastructuur.

Wanneer komt een instelling niet in aanmerking?

Een instelling komt niet in aanmerking voor subsidie voor deze module als uit de nulmeting die voorafgaand aan de subsidieaanvraag wordt uitgevoerd (zie D Aanvragen van een subsidie) blijkt dat voor meer dan 5% van de klinische patiënten de medicatiegegevens digitaal worden opgevraagd bij de apotheek.

C beter gebruik e-health (module C1+C2)

Het doel van dit onderdeel is om de inzet van e-health binnen de ggz te vergroten en de gegevensuitwisseling tussen e-health modules en het EPD van de instelling te realiseren.

De ggz kampt met wachtlijsten. Een manier om bij te dragen aan de oplossing voor dit probleem is het inzetten van e-health modules. Een e-health module kan tijdens de behandeling worden ingezet zodat

²³ <https://www.nictiz.nl/standaardisatie/informatiestandaarden/medicatieveiligheid>



het aantal face-to-face contacten met de hulpverlener omlaag kan, wat leidt tot meer efficiëntie in de behandeling en minder belasting bij behandelaren.

Een e-health module kan ook worden ingezet in de periode tussen de intake en start van de behandeling, en tussen het moment van aanmelden en de intake. Hierdoor kan er een zinnigere invulling gegeven worden aan de tijd dat de patiënt op de wachtlijst staat. Module C1 is gericht op het vergroten van de inzet van e-health bij de behandeling vanaf de intake.

Een e-health module is onderdeel van de behandeling, wanneer de inzichten die met de e-health toepassing verzameld worden, in het zorgproces worden gebruikt. Het kan bijvoorbeeld gaan om (een combinatie van) instructies, vragenlijsten, virtual reality en bewegend beeld in interactie met de patiënt. Het zal altijd wenselijk zijn enige gegevens over de e-health behandeling in het dossier op te nemen, bijvoorbeeld wat de conclusies waren en of de module succesvol doorlopen is. Een e-health toepassing waarmee alleen een enkel digitaal formulier wordt ingevuld door patiënten (zoals de ROM vragenlijst of een evaluatie vragenlijst), of een toepassing met als enige functionaliteit schriftelijke (mail, app) of mondelinge communicatie (beeldbellen) valt niet binnen de definitie van e-health module zoals gebruikt in deze regeling.

In de huidige situatie vindt er vaak nog geen gegevensuitwisseling plaats tussen het EPD en de e-health module(s). Hierdoor moeten patiënten voor de medische gegevens uit hun dossier op een andere plek inloggen (bijvoorbeeld in het patiëntenportaal), dan voor de e-health module. Daarnaast moet de behandelaar ook inloggen in een andere applicatie dan het EPD, om de gegevens uit de e-health module in te kunnen zien. Gegevens worden hierdoor handmatig overgenomen, wat het risico op onjuiste gegevens vergroot. Het elektronisch uitwisselen van gegevens kan bijvoorbeeld door middel van Koppeltaal²⁴ (of een gelijksoortige oplossing). Module C2 is gericht op het verbeteren van deze gegevensuitwisseling. Daarbij wordt er rekening mee gehouden dat e-health modules vaak gericht zijn op een specifieke doelgroep, die samenhangt met de diagnose en de bijbehorende behandeling.

De ggz-patiënten en professionals die gebruik hebben gemaakt van e-health zullen na afloop feedback geven over de ervaring met de e-health module. Daarmee kunnen ervaringen met e-health modules gedeeld worden met een breder publiek. Bedoeling van de feedback (positief of negatief) is het creëren van een leereffect en zal enkel gebruikt worden voor kennisontwikkeling over de juiste inzet van e-health. Dat wordt bereikt door het schrijven van reviews door patiënten en professionals, onder meer via de wegwijzer voor vindbaarheid, betrouwbaarheid en patiëntgerichtheid van e-health uit hoofdstuk 5.

Het onderdeel beter gebruik e-health bestaat uit 2 modules: C1 en C2. Instellingen kunnen maximaal voor één module uit dit onderdeel subsidie aanvragen, module C1 of module C2.

Om mogelijke dubbele financiering of overcompensatie te voorkomen, komen instellingen niet in aanmerking voor module C1 of C2, wanneer zij in hun contractafspraken met zorgverzekeraars een extra vergoeding voor de opschaling van e-health hebben opgenomen. Dit wordt achteraf gecontroleerd bij de vaststelling in 2021. Wanneer achteraf blijkt dat de subsidieverkrijger reeds via de afspraken met de zorgverzekeraars gefinancierd wordt voor beter gebruik van e-health, dan wordt deze subsidie teruggevorderd.

Tevens vallen de toepassingen en de zorg die wordt gesubsidieerd via de *subsidieregeling anonieme e-mentalhealth*²⁵ buiten deze regeling. Dit wordt gecontroleerd via de informatie van het zorginstituut hierover²⁶. Indien nodig zal extra informatie bij de instelling worden opgevraagd zoals de verantwoordingsdocumenten zoals de instelling ook in het kader van de subsidieregeling anonieme e-mentalhealth moet opleveren. Ook hiervoor geldt, wanneer achteraf blijkt dat de subsidieverkrijger in aanmerking kwam voor de subsidie anonieme e-mental health wordt de onderhavige subsidie teruggevorderd.

Module C1: activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 februari 2021 meer gebruik maken van e-health modules als onderdeel van de behandeling

²⁴ Koppeltaal is een ICT-taal, gebaseerd op de internationale HL7/FHIR standaard, die het mogelijk maakt om e-health programma's onderling uit te laten wisselen. Het maakt het mogelijk om elk bestaand e-health programma te koppelen aan de eigen ICT omgeving van een organisatie. Met Koppeltaal wordt het voor ggz-instellingen mogelijk om de beste mix van e-health applicaties samen te stellen voor haar patiënten, onafhankelijk van de e-health leverancier. <https://www.koppeltaal.nl/>

²⁵ precieze benaming: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 augustus 2016, kenmerk 20161008-154096-CZ, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met het vaststellen van regels voor het verstrekken van subsidies ten behoeve van anonieme e-mental health.

²⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/subsidieregelingen/subsidieregeling-anonieme-e-mental-health>



Resultaatsverplichtingen

1. Minimaal 10% van de patiënten²⁷, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact in het kader van de basis ggz of gespecialiseerde ggz hebben gehad, maakt aantoonbaar gebruik van een e-health module. Dit aantoonbaar gebruik wordt getoetst op basis van het aantal log-ins door dezelfde patiënt (minimaal drie) in het systeem of dat de patiënt bij een e-healthmodule waarbij velden of scores moeten worden ingevuld, dit bij ten minste 80% van de items heeft gedaan, of dat bij een serious game of virtual reality module ten minste 80% van het programma is afgerond.
2. Er zijn tenminste drie opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor e-healthtoepassingen zoals beschreven in hoofdstuk 5

Wanneer komt een instelling niet in aanmerking?

In de norm is een percentage van 10% van het aantal patiënten opgenomen. Een instelling komt niet in aanmerking voor subsidie voor deze module als het percentage van patiënten dat gebruik maakt van e-health modules reeds op 5% ligt. De verwachting is dan namelijk dat de instelling weinig inspanning hoeft te leveren om aan deze verplichting te voldoen.

Module C2: activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 februari 2021 meer gebruik maken van e-health modules als onderdeel van de behandeling en activiteiten die ertoe leiden dat op 1 februari 2021 gegevens die worden verzameld met e-health modules getoond kunnen worden in het EPD.

Resultaatsverplichtingen

1. Op 1 februari 2021 maakt minimaal 15% van alle patiënten, die een behandelcontact in het kader van de basis ggz of gespecialiseerde ggz hebben gehad in een periode van 90 dagen, gebruik van e-health modules.
2. Op 1 februari 2021 kunnen instellingen door de patiënt verzamelde gegevens uit e-health modules, tonen binnen het EPD.
3. De gegevens van minimaal 10% van alle patiënten die verzameld worden met een e-health module en die een behandelcontact in het kader van de basis ggz of gespecialiseerde ggz hebben gehad in een periode van 90 dagen, kunnen getoond worden binnen het EPD. Het gaat daarbij om de gegevens uit e-health modules die niet geïntegreerd aangeboden worden met het EPD.
4. Er zijn tenminste drie opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor e-health toepassingen zoals beschreven in hoofdstuk 5

Wanneer komt een instelling niet in aanmerking?

Een instelling komt niet in aanmerking voor subsidie voor deze module als het percentage van patiënten dat de te koppelen e-health module gebruikt reeds op 10% ligt ten tijde van de nulmeting en/of er al een koppeling is tussen het EPD-systeem van de instelling en de behandelmodule of wanneer deze behandelmodule al onderdeel is van hetzelfde systeem. De verwachting is dan namelijk dat de instelling in dat geval weinig inspanning moet leveren danwel te weinig kosten moet maken om aan deze module te voldoen en dat er een risico is voor overcompensatie.

D Aanvragen van een subsidie en nulmeting

Of een instelling voldoet aan de subsidievoorwaarden voor de modules wordt beoordeeld op basis van de omzet verzekerde zorg (basis-ggz en gespecialiseerde ggz) en de nulmeting. Subsidie voor de onderdelen A tot en met C kan enkel worden aangevraagd indien de ggz-instelling heeft deelgenomen aan de nulmeting.

De nulmeting wordt vooraf uitgevoerd door GGZ Nederland. In deze nulmeting, die via GGZ Nederland aan ggz-instellingen ter beschikking wordt gesteld, wordt vastgesteld wat de huidige staat van gegevensontsluiting en inzet van e-health van een instelling is. Daarmee bepaalt de nulmeting of en voor welke module de ggz-instelling voor subsidie in aanmerking zou kunnen komen. Deze informatie wordt door GGZ Nederland steekproefsgewijs gecontroleerd via verificatiebezoeken. Waar nodig wordt deze informatie door een onafhankelijk bureau getoetst. Ook het Ministerie van VWS toetst via openbare informatie, bijvoorbeeld de aanwezigheid van een patiëntenportaal, of de aangeleverde informatie en nulmeting klopt. Of er sprake is van een groot deel van de activiteiten dat al is uitgevoerd, wordt bepaald aan de hand van de kosteninschatting van de activiteiten die reeds zijn behaald en de activiteiten die nog moeten worden behaald. De ene activiteit vergt immers veel minder inspanning en kosten dan andere activiteiten. Dit is meegenomen in de criteria waarmee bepaald wordt dat een instelling niet in aanmerking komt voor de subsidie. Het Ministerie van VWS toetst bij

²⁷ Er is voor 10% gekozen, omdat in instellingen nu vaak e-health voor specifieke doelgroepen ingezet wordt, met als gevolg dat het maar een klein deel van de populatie is die van e-health gebruik maakt. Door de norm van C1 laag te houden is het ook haalbaar voor instellingen die nu nog geen e-health inzetten.



twijfel ook of de instelling nog voldoende activiteiten moet verrichten om toekenning van de module te rechtvaardigen.

Instellingen kunnen maximaal drie van de zes modules aanvragen. Daarbij moet in geval van modules A en C gekozen worden voor A1 of A2 en C1 of C2. Dit komt omdat in deze modules verschillende ambitieniveaus zijn verwerkt. Dit om zowel middenmoters als voorlopers een impuls te geven. Van module B kan wel zowel B1 als B2 aangevraagd worden.

E Aanvullende subsidievoorwaarden

Deze regeling beoogt veilige en gestandaardiseerde gegevensuitwisseling. In deze beleidsregels wordt noodzakelijkerwijs uitgegaan van de huidige informatiestandaarden. Dat laat onverlet dat het gewenst is dat ggz-instellingen kunnen aansluiten bij de nieuwe versies van de genoemde standaarden, zoals die nu worden ontwikkeld in het kader van het MedMij programma in het Informatieberaad. GGZ Nederland wordt in staat gesteld om hierin te participeren en kennis over te delen naar instellingen via de subsidie in hoofdstuk 4.

Informatiestandaarden:

Doel van deze regeling rondom de informatie-uitwisseling is om (digitale) informatie-uitwisseling tussen patiënt en professional te stimuleren. Dit is gewenst zodat patiënten regie over hun eigen gegevens krijgt. Hierbij is het van belang dat de patiënt zijn gegevens in gestandaardiseerde vorm aangeleverd krijgt, zodat de gegevens herbruikbaar zijn in PGO of bij andere zorgverleners. Wanneer de gegevens interoperabel zijn, hoeft de patiënt niet langer dezelfde gegevens en metingen bij verschillende zorgverleners te laten doen. De interoperabiliteit van de medische gegevens wordt in deze regeling geborgd door het gebruik van informatiestandaarden. Deze informatiestandaarden schrijven voor in welke vorm en met welke terminologie de instellingen de gegevens naar de patiënt dient te ontsluiten.

Veiligheidsstandaard:

Elektronische uitwisseling van medische gegevens is een privacygevoelige zaak. Het is van belang dat de gegevens enkel ontsloten worden aan hiertoe bevoegde personen. Het is om deze reden van belang betrouwbare patiëntauthenticatie te gebruiken. In de brief aan de Tweede Kamer van de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties van 25 augustus 2016 over Impuls eID wordt gerapporteerd over de voortgang van het eID beleid. Eén van de benoemde actiepunten is het in het BSN domein op termijn toegroeien naar patiëntauthenticatie op het hoogste betrouwbaarheidsniveau zodra deze middelen breed beschikbaar komen. Ook wordt gewerkt aan een multimiddelenaanpak, waarmee authenticatiemiddelen niet enkel door de overheid (DigiD) aangeboden worden (Kamerstukken II 2015-16, 26 643, nr. 419). In de brief van 26 juni 2017 (Kamerstukken II 2017, nr. 476) wordt gemeld dat de komende periode de ontwikkeling van publieke eID middelen onder de naam DigiD op hogere betrouwbaarheidsniveaus in volle gang doorgaan. Met het oog op het waarborgen van de continuïteit van de dienstverlening is het daarnaast wenselijk dat ook zo spoedig mogelijk in ieder geval een alternatief voor het betrouwbaarheidsniveau 'substantieel' breed beschikbaar komt. In lijn met deze ontwikkeling dienen instellingen – vanaf het moment dat deze middelen op redelijke schaal beschikbaar komen – authenticatie van de patiënt voor het verkrijgen van toegang tot medische informatie als bedoeld in module B1, mogelijk te maken op het betrouwbaarheidsniveau van eIDAS Substantieel.

Standaarden voor digitale toegankelijkheid

Er zijn (nog) geen specifieke standaarden beschikbaar voor de digitale toegankelijkheid van de ZIB's*. Om ervoor te zorgen dat de medische informatie ook toegankelijk is voor mensen met een visuele beperking dient de instelling een analyse te maken hoe de digitale toegankelijkheidsnormen zo volledig mogelijk worden toegepast bij het systeem waarmee patiënten hun informatie naar zich toe kunnen halen en bij de inzet van e-health. Deze toegankelijkheidsnormen zijn vastgelegd in de Web Content Accessibility Guidelines (WAGC 2.0 niveau AA). De instelling maakt via een toegankelijkheidsverklaring op haar website kenbaar in welke mate zij aan de eisen voldoen. De toegankelijkheidsnormen en de model toegankelijkheidsverklaring zijn te vinden op de website www.digitoegankelijk.nl.

F Hoogte van de subsidie

Er is een categorie-indeling gemaakt om ervoor te zorgen dat instellingen met een gelijksoortige veranderopgave met een bijpassende vergoeding samen in een categorie zitten. Deze categorie-indeling is gebaseerd op de complexiteit van de opgave voor de verschillende soorten instellingen en de DBC-omzet. Bij grote instellingen is de investeringsopgave afhankelijk van het soort instelling: of de instelling zich richt op een beperkte doelgroep of een brede doelgroep. Bij kleinere instellingen moet ermee rekening worden gehouden dat kosten lager zijn doordat er minder medewerkers bij de veranderopgave betrokken zijn.

De groep ggz-instellingen kent de volgende onderverdeling:

- Geïntegreerde instellingen: Een geïntegreerde ggz-instelling levert zorg aan zowel klinische als



ambulante patiënten en biedt meerdere vormen van ggz-zorg, zoals verslavingszorg en/of forensische zorg. Een geïntegreerde instelling is ontstaan door een fusie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en andere ggz-instellingen.

- Niet-geïntegreerde instellingen: deze niet-geïntegreerde ggz-instelling levert zorg aan ambulante patiënten en/of aan patiënten die in een bepaalde categorie vallen. Deze instellingen zijn niet ontstaan uit een fusie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en een regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg en werden in de periode van de fusies beschouwd categorale ggz-instelling: ggz-instellingen die een specifieke vorm van zorg levert. De niet-geïntegreerde instellingen zijn te verdelen in de volgende subcategorieën:
 - Groot: instellingen met een omzet verzekerde ggz-zorg hebben van hoger dan € 10.000.000,- euro.
 - Midden: instellingen met een omzet tussen de € 5.000.000,- en € 10.000.000,-.
 - Klein: instellingen met een omzet tussen de € 2.000.000,- en € 5.000.000,-.
 - Zeer klein: instellingen met een omzet tussen de € 500.000,- en € 2.000.000,-.

Ggz-instellingen die een omzet verzekerde zorg van minder dan € 500.000 hebben (peildatum 2016 of 2017), komen niet in aanmerking voor onderhavige subsidie.

Er geldt per categorie een vast subsidiebedrag per module. Per categorie is een subsidiebedrag vastgesteld dat nog voldoende stimulerend is om de veranderopgave te stimuleren, zonder dat er risico op overcompensatie ontstaat. Deze bedragen zijn opgenomen in tabel 2.1. Deze subsidiebedragen zijn op de volgende wijze tot stand gekomen. D&A Medical Group BV heeft bij een aantal ggz-instellingen een kostenraming opgevraagd voor de benodigde investeringen om de resultaten te bereiken en bij een aantal instellingen die reeds deelresultaten bereikt hebben de daadwerkelijk gemaakte kosten bij het maken van deze deelresultaten. Daarnaast heeft D&A Medical Group BV deze resultaten geverifieerd met de ervaringskennis die zij hebben opgebouwd doordat zij bij verschillende instellingen betrokken zijn bij de realisatie van de modules uit VIPP fase 1 en VIPP fase 2. De vaste subsidiebedragen in deze subsidiestroom zijn ten opzichte van de berekende bedragen in het onderzoek van D&A Medical Group BV op basis hun ervaringskennis en de kosteninformatie van instellingen dusdanig laag vastgesteld dat overcompensatie niet kan optreden.

Tabel 2.1 subsidiebedrag per module per categorie

	Geïntegreerde instellingen	Niet geïntegreerde instellingen			
		> € 10 milj	€ 5-10 milj	€ 2-5 milj	€ 0,5-2 milj
	100%	75%	50%	25%	10%
Module A1	€ 300.000	€ 225.000	€ 150.000	€ 75.000	€ 30.000
Module A2	€ 340.000	€ 255.000	€ 170.000	€ 85.000	€ 34.000
Module B1	€ 50.000	€ 37.500	€ 25.000	€ 12.500	€ 5.000
Module B2	€ 100.000	€ 75.000	€ 50.000	€ 25.000	€ 10.000
Module C1	€ 250.000	€ 187.500	€ 125.000	€ 62.500	€ 25.000
Module C2	€ 250.000	€ 187.500	€ 125.000	€ 62.500	€ 25.000

De gezamenlijk aangevraagde subsidies moeten het bedrag van € 25.000,- overstijgen aangezien de kaderregeling niet de mogelijkheid biedt om subsidie lager dan 25.000 euro te verlenen.

G. Hoe wordt subsidie aangevraagd?

Voor het aanvragen van subsidie door ggz-instellingen is een aanvraagformulier beschikbaar. Op het formulier wordt de volgende informatie gevraagd:

- Onder welke categorie valt de instelling?
- Voor welke modules wil de instelling subsidie aanvragen?
 - Module(s) **A1** of **A2** van het onderdeel patiënt en informatie (afhankelijk van nulmeting).
 - Module(s) **B1** en/ of **B2** van het onderdeel medicatie informatie (afhankelijk van nulmeting).
 - Module(s) **C1** of **C2** van het onderdeel beter gebruik e-health (afhankelijk van nulmeting).
- Indien voor module A1 van het Programma patiënt en informatie subsidie wordt aangevraagd: verklaring van de ggz-instelling dat de instelling in aanmerking komt voor deze module. Deze verklaring wordt ondersteund met de door GGZ Nederland uitgevoerde nulmeting²⁸.
- Indien voor module B1 van het Programma patiënt en medicatie subsidie wordt aangevraagd: verklaring van de ggz-instelling dat de instelling in aanmerking komt voor deze module. Deze verklaring wordt ondersteund met de door GGZ Nederland uitgevoerde nulmeting.
- Indien voor module C1 en C2 van het onderdeel beter gebruik e-health subsidie wordt aangevraagd: verklaring van de ggz-instelling dat de instelling in aanmerking komt voor deze module.

²⁸ Rapport van de nulmeting wat iedere instelling die deelneemt aan de nulmeting krijgt van GGZ Nederland.



- Deze verklaring wordt ondersteund met de door GGZ Nederland uitgevoerde nulmeting.
- Welk lid van de Raad van Bestuur dan wel van de directie/DGA van de overige instelling van medisch specialistische zorg verantwoordelijk is voor het programma.
 - Algemene gegevens van de ggz-instelling.

Indien de ggz-instelling in aanmerking wil komen voor de subsidie dient het aanvraagformulier tussen 1 november 2018 en 1 mei 2019 gestuurd te worden aan Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). De activiteiten van de subsidie mogen aanvangen op de dag van ontvangst van het aanvraagformulier, maar het komt voor risico van de aanvrager dat hij geen vergoeding krijgt als de aanvraag wordt afgewezen.

H. Vaststelling en eindtoets

In afwijking van artikel 7.5, tweede en derde lid van de Kaderregeling, legt een ggz-instelling verantwoording af door het overleggen van de rapportage van de eindtoets door een onafhankelijke IT-auditor. Met de eindtoets wordt bepaald of de ggz-instelling het resultaat van een module heeft gehaald.

De IT-auditor dient ingeschreven te staan in het register van gekwalificeerde IT-auditors (het Register EDP-Auditor, dat beheerd wordt door NOREA²⁹). Getoetst wordt of de uitgevoerde activiteiten inderdaad geleid hebben tot het behalen van het functionele doel; werkende gegevensontsluiting naar de patiënt, gebruik van de gegevensontsluiting door patiënten en interoperabiliteit tussen verschillende zorgaanbieders. Voor het uitvoeren van de toetsing is het Handboek VIPP toetsingsprocedure opgesteld (bijlage 2). In dit handboek wordt concreet, gedetailleerd en per module beschreven hoe de auditor moet toetsen of een resultaat voldoende is behaald. Dit handboek is afgestemd met NOREA, de beroepsorganisatie van IT-auditors. Indien de toetsing op basis van de criteria in dit handboek positief is, is voldaan aan de betreffende subsidievoorwaarde. De toetsing is daarmee doorslaggevend voor het oordeel of de instelling het resultaat van een module uit de onderdelen A (patiënt en verbeterde informatie-uitwisseling), B (medicatie informatie) of C (beter gebruik van e-health) heeft gehaald, dan wel dat de subsidie op nihil moet worden vastgesteld. Indien uit de rapportage blijkt dat de resultaten niet zijn gehaald, kan het recht op de subsidie vervallen en kan deze op nihil worden vastgesteld. Uitzonderingen hierop zijn de bepalingen zoals hierboven opgenomen over het MedMij afsprakenstelsel.

Om in aanmerking te komen voor subsidie op grond van deze subsidieregeling kan de subsidie in overeenstemming zijn met de DAEB De-minimisverordening³⁰. Concreet houdt dat in dat de ggz-instelling niet meer dan € 500.000 in totaal aan DAEB de-minimis staatssteun mag ontvangen in een aaneengesloten periode van drie belastingjaren. Met het ondertekenen van een de-minimisverklaring verklaart het bestuur van de ggz-instelling over de eerder verleende staatssteun, zodat beoordeeld kan worden of de subsidie in overeenstemming is met de DAEB De-minimisverordening.

Financiële bijdragen van private fondsen tellen niet mee voor de DAEB de-minimisverklaring. Zo wordt steun vanuit een fonds dat de middelen van loterijen verdeelt, als privaat fonds beschouwd. Deze bijdragen worden niet aangemerkt als overheidssteun. Bijdragen van fondsen die door de overheid worden gefinancierd, zoals bijvoorbeeld het Nederlands Filmfonds, tellen wel mee voor de de-minimisverklaring.

De de-minimisverklaring maakt deel uit van het aanvraagformulier.

De verantwoording van de subsidies waarop de 'DAEB de-minimisverordening' van toepassing is, bestaat uit bovengenoemde rapportage van de eindtoets en de verklaring dat de instelling in drie belastingjaren niet meer dan € 500.000,- overheidssubsidie ontvangt. Deze rapportage van de eindtoets en de verklaring komen in plaats van het in artikel 7.5, tweede lid, van de Kaderregeling genoemde assurancerapport en rapport van feitelijke bevindingen.

Bij subsidieontvangers die over een periode van drie belastingjaren € 500.000 of meer aan overheidssubsidies ontvangen, wordt op andere wijze gecontroleerd of de subsidie geen overcompensatie oplevert. In afwijking van artikel 7.5, tweede en derde lid, wordt naast bovengenoemde rapportage van de eindtoets van de IT auditor gevraagd om een controleverklaring door een accountant. Om te kunnen vaststellen of er geen sprake is van overcompensatie zijn de volgende voorwaarden eveneens

²⁹ zie voetnoot 13.

³⁰ VERORDENING (EU) Nr. 360/2012 VAN DE COMMISSIE van 25 april 2012 betreffende de toepassing van de artikelen 107 en 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie op de-minimissteun verleend aan diensten van algemeen economisch belang verrichtende ondernemingen



van toepassing op de subsidieontvanger: De ggz-instelling moet aantonen dat:

- er van overcompensatie geen sprake is. Dat betekent dat de subsidieontvanger geen inkomsten ontvangt uit de activiteit en dat de instelling kan aantonen dat de kosten ter hoogte van het subsidiebedrag ook daadwerkelijk gemaakt zijn. Rekening houdende met de administratieve lasten voor de instelling zal niet een volledig gescheiden boekhouding of urenregistratie gevraagd worden – dat wil zeggen dat niet alle kosten volledig in de verantwoording dienen te worden meegenomen – maar slechts die kosten waarmee is aangetoond dat de kosten in ieder geval het ontvangen subsidiebedrag overschrijden.
- Voor de vaststelling zal de instelling een accountantsverklaring moeten overleggen, waarbij tevens de accountant verklaart dat deze kosten gemaakt zijn en er geen opbrengsten zijn ontvangen uit de activiteiten waarvoor de subsidie is bedoeld en waarin de accountant verklaart dat de kosten door de subsidieontvanger in ieder geval het ontvangen subsidiebedrag overschrijden.

Deze rapportage van de eindtoets van de IT-auditor en de controleverklaring van de accountant dat er geen sprake is van overcompensatie, komen in plaats van het in artikel 7.5, tweede lid, van de Kaderregeling genoemde assurancerapport en rapport van feitelijke bevindingen. Indien de verklaringen niet kan worden overgelegd of de accountant van oordeel is dat de kosten van de instelling het ontvangen subsidie bedrag niet overschrijden, dan kan de subsidie op een lager bedrag worden vastgesteld.

Onverkort blijft de meldingsplicht zoals deze is opgenomen in de Kaderregeling van kracht, en zal daar extra streng op worden getoetst en gehandhaafd. Hierbij zal er eveneens worden gelet op of er wel of geen samenwerking is met een zorgverzekeraar en/of een instelling zelf meldt wanneer er sprake is van overcompensatie.

Als laatste verricht VWS aan het einde van de looptijd van de regeling bij meerdere instellingen een steekproef om te controleren of er geen sprake is van overcompensatie.

Hoofdstuk 3. Vouchers voor koplopers

Dit onderdeel is gericht op ggz-instellingen die Zvw gefinancierde ggz-zorg leveren³¹, maar die niet voor subsidie van modules C1 en C2 uit het vorige hoofdstuk in aanmerking komen omdat uit de nulmeting is gebleken dat zij de resultaatsverplichtingen van deze modules al (verregeande) gerealiseerd hebben. Dit zijn de koplopers op het gebied van e-health binnen de sector.

Ook voor deze koplopers is gewenst en noodzakelijk dat zij verdere stappen in de opschaling van e-health kunnen zetten. Door het benutten van hun kennis kan de hele ggz-sector profiteren van de verdere doorontwikkeling en opschaling van e-health toepassingen of informatie-uitwisseling in de keten. Deze koplopers kunnen daarom een 'voucher voor koplopers' aanvragen.

Doel van dit onderdeel van deze subsidieregeling is innovaties op het gebied van e-health door koplopers te ondersteunen. Deze extra innovaties richten zich op verdere implementatie of ontwikkeling van e-health ten behoeve van blended care ter overbrugging van de periode tussen aanmelding bij de ggz-instelling en intake. Ook kunnen deze innovaties zich richten op de doorontwikkeling van gegevensuitwisseling tussen patiënten en (ggz-) instellingen middels gebruik van een PGO in de keten. Bijvoorbeeld in regionaal verband met keten- of netwerkpartners die al op weg zijn met het aansluiten op PGO-oplossingen en gegevens willen uitwisselen tussen het PGO en hun EPD, e-health toepassingen en/of ROM-systemen. Hierdoor biedt het de patiënt vanuit één omgeving een samenhangend overzicht van de gezondheid, het ziekteverloop, onderzoek, diagnose en behandelingen. Het is gewenst dat deze koplopers in hun projecten het bereik van deze regeling verbreden naar doelgroepen voor geestelijke gezondheidszorg die niet uitsluitend vanuit de Zvw worden bekostigd, maar bijvoorbeeld vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (wmo) en/of Wet Jeugdzorg. Daarnaast kan een voucherproject zich richten op de ondersteuning van ketenzorg, waarbij ook niet-ggz partijen zoals huisartsen of ziekenhuizen betrokken kunnen worden.

Daarnaast wordt met deze subsidie beoogd extra stappen te zetten op het gebied van de ontwikkeling van opschaling van e-health. De voucher telt als één module: als een instelling een voucher aanvraagt,

³¹ De subsidie is bedoeld voor instellingen voor medische specialistische zorg die op basis van de zorgverzekeringswet gefinancierde geestelijke gezondheidszorg leveren (ggz-instellingen). Deze instellingen leveren verzekerde zorg aan eigen patiënten. Indien een instelling deel uitmaakt van een groep (concern) is op basis van deze beleidsregels slechts één subsidie per groep mogelijk. Ziekenhuizen die op grond van het beleidskader VIPP fase 1 alsmede overige instellingen voor medisch specialistische zorg die op grond van de beleidsregels VIPP fase 2 in aanmerking (kunnen) komen voor subsidie, zijn uitgezonderd van deze regeling (VIPP fase 3). Ggz-instellingen die geen zelfstandig EPD-systeem hebben, maar gebruik maken van de ICT-voorzieningen van een ziekenhuis dat reeds in aanmerking komt voor een subsidie op grond van VIPP fase 1 zijn eveneens uitgezonderd van de subsidieregeling in deze beleidsregels. Instellingen die een omzet verzekerde ggz-zorg hebben (basis-ggz en gespecialiseerde ggz) van € 500.000,- of lager in peiljaar 2016/2017 zijn ook uitgezonderd.



kan deze instelling nog voor maximaal twee andere modules in aanmerking komen op basis van het vorige hoofdstuk.

A Activiteiten die voor subsidie in aanmerking komen

Dit subsidieonderdeel is bestemd voor activiteiten die passen binnen de doelstellingen van de regeling, en die erop gericht zijn op het doel te bereiken zoals in de paragraaf hierboven is beschreven. Dit betreft met name de opschaling van e-health initiatieven in de ggz, die bijdragen aan betere gegevensuitwisseling voor-, tijdens- en na de behandeling en die bijdragen aan betere samenwerking in de keten, zodat de juiste zorg op de juiste plek kan worden geleverd en de patiënt intensiever bij de behandeling wordt betrokken.

Activiteiten die in de aanvraag kunnen worden opgenomen zijn en welke niet vallen onder de activiteiten zoals deze zijn opgenomen in hoofdstuk 2:

- De ontwikkeling van e-health toepassingen en de implementatie van e-health toepassingen die patiënten kunnen gebruiken terwijl zij op de wachtlijst staan (zoals personeelskosten op het gebied van ontwerpen of programmeren);
- Activiteiten ten aanzien van implementatie en gebruik van een e-health toepassing in het zorgproces, gericht op het beperken van wachttijden of het geven van een zinnigere invulling van de wachttijd, bijvoorbeeld het aanbieden van bepaalde vragenlijsten tussen aanmelding en intake, of de inspanning die verricht moet worden om ervoor te zorgen dat de patiënt direct op de goede plek of bij de juiste behandelaar terecht komt;
- Activiteiten die bijdragen aan samenwerking binnen de ketenzorg, zoals afstemming van werkprocessen tussen zorgaanbieders, afspraken over gegevensuitwisseling, het maken van ICT-koppelingen tussen systemen van betrokken zorgaanbieders, conform geldende standaarden in de ggz (zie Nictiz en Koppeltaal);
- De ontwikkeling van toepassingen zodat patiënten eerder de zorg op de juiste plek kunnen vinden;
- Kennisverspreiding, waaronder het instrueren van behandelaren en patiënten en voorlichtingsbijeenkomsten binnen de eigen organisatie en bij ketenpartijen;
- Projectmatige activiteiten die nodig zijn om het project te realiseren zoals projectleiding en projectmanagement.

B Benutten/ uitbesteden van voucher

De koploper kan de voucher zelf benutten, maar hij kan ook besluiten met zijn voucher een project van een andere ggz-instelling, die koploper is te steunen. Een subsidieaanvraag kan met één of met meerdere vouchers worden ingediend. Het maximale subsidiebedrag waar de instelling voor in aanmerking komt betreft de cumulatieve waarde van de meegestuurde vouchers.

Het overleggen van een voucher houdt in dat een vouchergever de projectsubsidieaanvraag van de subsidieaanvrager steunt. Een voucher is geen waardebon noch een zelfstandig recht op subsidieverstrekking. De subsidie wordt alleen verstrekt aan de subsidieaanvrager; de instelling die de aanvrager met een voucher ondersteunt, krijgt zelf geen subsidie.

Aanvragen van een voucher

Voor het aanvragen van subsidie door ggz-instellingen is een aanvraagformulier beschikbaar. Op het formulier wordt de volgende informatie gevraagd:

- Onder welke categorie valt de instelling?
- Wil de instelling een voucher aanvragen?
- Indien een voucher wordt aangevraagd: de verklaring van de ggz-instelling dat de instelling in aanmerking komt voor deze module. Deze verklaring wordt ondersteund met de door GGZ Nederland gepubliceerde nulmeting.

C Aanvragen van een subsidie

De aanvraag wordt ingediend door één subsidieaanvrager. Een subsidieaanvraag betreft minimaal € 125.000,-. Er kan een subsidieaanvraag worden ingediend met de eigen voucher en die van andere vouchergevers, die de aanvraag steunen. Het ter beschikking stellen van een voucher door een vouchergever aan een subsidieaanvrager geschiedt om niet, dus zonder financiële vergoeding.

Kosten die gemaakt worden door andere ondersteunende ggz-instellingen dan de subsidieaanvrager kunnen gefinancierd worden uit de subsidie. Deze onkosten moeten dan betrekking hebben op en ten behoeve zijn van de activiteiten waarvoor subsidie wordt verleend en deze onkosten moeten dan duidelijk worden toegelicht in onder andere het activiteitenplan bij de subsidieaanvraag.

De aanvraag van de koploper bevat de concrete activiteiten die worden verricht en de afspraken die alle ggz-instellingen daarover hebben gemaakt. Uit de subsidieaanvraag blijkt duidelijk welke concrete activiteiten de koploper verricht voor de subsidie.

De subsidie wordt aangevraagd zoals uitgewerkt in hoofdstuk 3 van de Kaderregeling. Dit wil zeggen een aanvraag met onder andere een projectplan met begroting (hoofdstuk 2, onderdeel G). De



beoordeling van de subsidievaststelling wordt gedaan op basis van de werkelijk gemaakte kosten, voorzien van een controleverklaring. Het subsidiebedrag waarvoor men in aanmerking kan komen betreft ten hoogste 50% van de gemaakte kosten (hoofdstuk 2, onderdeel H).

Wanneer komt men niet in aanmerking?

Een instelling komt niet in aanmerking voor deze voucher-subsidie als uit de nulmeting blijkt dat het percentage aan patiënten dat e-health modules gebruikt nog niet op 10% ligt ten tijde van de nulmeting. Ook komt de instelling niet in aanmerking voor deze voucher wanneer er al een koppeling is tussen het EPD-systeem van de instelling en de e-healthmodule of wanneer deze e-health module al onderdeel is van hetzelfde systeem. In dat geval komt de instelling in aanmerking voor module C1 of C2 uit het vorige hoofdstuk.

Een instelling komt eveneens niet in aanmerking als de instelling drie modules op basis van het vorige hoofdstuk aanvraagt.

D Aanvullende subsidievoorwaarden

Naast de voorwaarden van de genoemde activiteiten waarvoor men subsidie zou kunnen aanvragen, gelden nog aanvullende voorwaarden om in aanmerking te kunnen komen voor subsidie op basis van een voucher:

- Bij de aanvraag van de subsidie door middel van een voucher is de commitment van minstens één ketenzorgpartner verplicht. Dit stimuleert instellingen om kennis te delen en geeft de betreffende innovatie een stevig fundament. Een belangrijke afweging hierbij is dat deze samenwerking tussen ketenzorgpartners bijdraagt aan de doeltreffendheid van dit subsidiebeleid;
- Het project dient bij te dragen aan een structurele verandering: in het projectplan moet meegenomen worden welk blijvend effect het project oplevert in de organisatie of voor de patiënt. Als er geen structureel effect te verwachten is dan kan geen subsidie worden aangevraagd;
- Implementatie van de projectresultaten wegen zwaar in de beoordeling van het project. Dit houdt in dat:
 - de resultaten goed overdraagbaar zijn binnen de ggz-instelling;
 - dat de aanvragende instelling aannemelijk maakt dat er voldoende draagvlak en kans van slagen is voor het project en
 - dat er een business case is voor continuering na afloop van het subsidietraject, dus geschikt voor een duurzaam gebruik.
- Voor het project zullen de randvoorwaarden voor implementatie in de organisatie en verdere borging goed in kaart gebracht moeten zijn.
- De functionaliteiten die de ggz-instellingen aanbieden wisselen gegevens uit met de patiënt en andere zorgverleners binnen keten of netwerk en bieden daarmee de patiënten de mogelijkheid tot regie;
- Bij de realisatie van de e-health toepassingen worden de uitgangspunten van de Patiënten federatie Nederland³² en van de standaarden voor het MedMij programma toegepast;
- De door de ggz-instellingen aangeboden functionaliteit wordt door patiënten gebruikt. Het project en de resultaten sluiten aan bij de behoefte van de patiënt;
- De e-health modules worden vindbaar gemaakt en beoordeeld via de wegwijzer voor e-health toepassingen zoals beschreven in hoofdstuk 5;
- Het voorstel maakt expliciet welke standaarden binnen het project zullen worden toegepast en hoe de toe te passen functionaliteit aansluit op de duurzame landelijke informatievoorziening.

E Hoogte van de subsidie

Een voucher correspondeert met een maximale vastgestelde waarde. Het betreft een subsidie voor instellingen die omdat zij koploper zijn niet in aanmerking komen voor de C-modules. Ten behoeve van een gelijk speelveld is ervoor gekozen deze waarde overeen te laten komen met het bedrag dat de instellingen ontvangen die een C-module aanvragen, zie tabel 2.1 van het vorige hoofdstuk. Per categorie van instelling is hieronder de waarde opgenomen van de voucher die zij kunnen ontvangen. De waarde van de voucher die een ggz-instelling aan kan vragen is daarom mede afhankelijk van de categorie waar de instelling in valt, zoals toegelicht in hoofdstuk 2 onderdeel F.

	Geïntegreerde instellingen	Niet geïntegreerde instellingen			
		groot	midden	klein	zeer klein
Voucher	€ 250.000	€ 187.500	€ 125.000	€ 62.500	€ 25.000

De subsidie aan de subsidieaanvrager wordt berekend aan de hand van de werkelijk gemaakte kosten.

³² Onder ander betekent dit dat de burger regisseur is van zijn eigen zorg en dat de informatie van de zorgaanbieder betrouwbaar is en veilig met de patiënt gedeeld kan worden, zie ook <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/persoonlijke-gezondheidsomgeving/>



Het subsidiebedrag waarvoor men in aanmerking kan komen bedraagt ten hoogste 50% van de daadwerkelijk gemaakte kosten. Hierbij wordt rekening gehouden met de cumulatieve waarde van de vouchers die de aanvraag steunen.

Voor de verantwoording van de gemaakte kosten zal een accountantsverklaring overlegd moeten worden.

F Hoe wordt de subsidie aangevraagd en vastgesteld

De voucher wordt aangevraagd via het aanvraagformulier zoals beschreven in hoofdstuk 2, onderdeel G. Indien de ggz-instelling in aanmerking wil komen voor de voucher dient het aanvraagformulier tussen 1 november 2018 en 1 mei 2019, gestuurd te worden aan Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I).

Voor de projectsubsidie geldt voor de aanvraag en vaststelling het arrangement zoals vastgelegd in artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling.

Hoofdstuk 4. De programmabegeleiding door GGZ Nederland.

Deze subsidieregeling is tot stand gekomen, nadat de ggz-instellingen zelf via de organisatie die hen grotendeels vertegenwoordigd een plan hebben opgesteld om de ICT-infrastructuur op orde te brengen om zo tot waardegedreven zorg te kunnen komen, de visie '@patientconnect' (zoals reeds vermeld in hoofdstuk 1).

Deze subsidieregeling helpt instellingen zelf om een stap in de gewenste richting te zetten. Om die gezamenlijkheid te bewaken en om gemeenschappelijke vragen die instellingen hierbij tegenkomen heeft GGZ Nederland een rol in programmabegeleiding, vanuit haar rol als belangenbehartiger en vertegenwoordiger van de sector.

A Activiteiten die voor subsidie in aanmerking komen

De subsidie is bedoeld voor activiteiten die GGZ Nederland uitvoert in het kader van de implementatie van het VIPP fase 3-programma en het doorontwikkelen van de standaarden. De doelgroep voor deze activiteiten betreft alle ggz-instellingen die meer gestandaardiseerd gegevens uit gaan wisselen en/of de inzet van e-health toepassingen in de zorg willen opschalen. Het gaat daarbij concreet om de volgende activiteiten:

- Programmabegeleiding van de ggz-instellingen die in aanmerking komen voor de subsidie VIPP fase 3. Het programma haalt best practices op uit het veld en faciliteert de uitwisseling van ervaringen. Hiermee levert het programma een bijdrage aan de realisatie van de doelen door de instellingen
- Ondersteuning bij het indienen van subsidieaanvragen en het behalen van subsidiedoelen. Verificatiebezoeken onder ggz-instellingen voor een controle op de juistheid van de antwoorden op de nulmeting.
- Halfjaarlijks uitvoeren van een monitor onder de ggz-instellingen aan wie subsidie is toegekend inclusief de begeleiding (helpdesk), analyse (voortgang, en eventuele knelpunten) en publicatie. Verificatiebezoeken maken ook onderdeel uit van deze monitor
- Afstemming met en borging van de aansluiting van VIPP op andere landelijke programma's zoals MedMij, Medicatieproces en Registratie aan de bron. Onderdeel hiervan is ook het agenderen van te ontwikkelen nieuwe standaarden in het Informatieberaad en het informeren van de ziekenhuizen over (ver)nieuw(d)e standaarden die in dit kader worden afgesproken.
- Bevordering van aansluiting van ICT leveranciers die diensten verlenen aan ggz instellingen aan het MedMij afsprakenstelsel, door het voeren van overleg met partijen die bij MedMij betrokken zijn, zorgverzekeraars en de ICT leveranciers zelf en het aanjagen van overleg tussen deze partijen met als doel dat zo veel mogelijk leveranciers aansluiten bij het MedMij afsprakenstelsel.
- Het faciliteren van kennisdeling bijvoorbeeld door het organiseren van informatiebijeenkomsten en het ontwikkelen van handleidingen voor VIPP projectleiders, ICT managers en zorgprofessionals. Hieronder valt in elk geval het thema softwareaanpassingen, waarbij GGZ Nederland deskundigheid biedt aan gebruikersverenigingen om leveranciers hierop te kunnen beoordelen. Ook op het thema vouchers voor innovatieve e-health-toepassingen biedt GGZ Nederland ondersteuning bij het realiseren van de doelstellingen, door het faciliteren van kennisdeling. Voorbeelden van thema's voor informatiebijeenkomsten kunnen ook zijn: standaarden en de technische en inhoudelijke implementatie, integreren patiëntenportalen en e-health toepassingen in het zorgproces, optimaliseren van het gebruik van patiëntenportalen en e-health toepassingen door patiënten, informatiebeveiliging en authenticatie. In de informatieverstrekking wordt specifiek aandacht besteed aan de toegankelijkheid van de digitale informatie voor mensen met een (visuele) beperking of lage gezondheidsvaardigheden.



- Deelnemen aan het projectteam onder leiding van Stichting MIND³³ dat verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van een wegwijzer voor de vindbaarheid van e-health toepassingen die betrouwbaar zijn voor de ggz-sector.
- Het opstellen van een communicatiestrategie en communicatiemiddelen. Doel is om zowel de medewerkers van ggz-instellingen als de patiënten te informeren en de implementatie in ggz-instellingen te bevorderen. Hierbij valt te denken aan video's, infographics, website, patiëntencampagne om patiënten voor te lichten en het gebruik te stimuleren.
- Het actief ophalen van goede voorbeelden bij de ggz-instellingen en deze delen via nieuwsbrieven, kennisdeling platform, publicatie op de website en op informatiebijeenkomsten.
- Projectsecretariaat voor het vaststellen en ontwikkelen van een set Zib's voor de ggz door de Zib ggz redactieraad. Hierbij zal worden aangesloten bij Medmij standaard, Registratie aan de bron en Nictiz
- Leveranciersmanagement in de vorm van leveranciersbijeenkomsten en overleg met leveranciers om de voortgang te bewaken, eventuele knelpunten te signaleren en vraagbundeling te faciliteren.

B Aanvragen van een subsidie

De subsidie is uitsluitend bedoeld voor GGZ Nederland. GGZ Nederland kan op grond van de procedure van hoofdstuk 3 van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS, in het bijzonder het arrangement zoals vastgelegd in artikel 1.5, onder d, van deze regeling een subsidieaanvraag indienen. Dit houdt onder andere in dat de subsidieaanvraag wordt ingediend met een activiteitenplan en een begroting.

C Hoogte van de subsidie

De hoogte van het subsidiebedrag wordt gebaseerd op de werkelijk gemaakte kosten en kunnen niet hoger zijn dan de kosten zoals deze zijn opgenomen in de begroting (zie hiervoor de kaderregeling subsidies). Voor het programmamanagement betekent dit in totaal maximaal € 1.750.000 in de periode 1 november 2018 tot 1 juli 2021. Daarnaast wordt in totaal maximaal € 200.000 toegekend voor de werkzaamheden rondom de ZIB's voor de ggz.

De begroting behelst per activiteit een overzicht van de geraamde kosten en opbrengsten van de aanvrager, voor zover deze betrekking hebben op de periode waarvoor subsidie wordt aangevraagd. De begrotingsposten worden ieder afzonderlijk van een toelichting voorzien. Tevens geldt dat de begroting die bij de aanvraag wordt ingediend, sluitend is.

Wanneer GGZ Nederland opdrachten of activiteiten in verband met bovenstaande doelstellingen wil uitbesteden aan een (commerciële) marktpartij, dan zal het inschakelen van deze marktpartij conform de regels van het aanbestedingsrecht en marktconforme condities moeten plaatsvinden.

D Vaststellen van de subsidie

Voor de projectsubsidie geldt voor de aanvraag en vaststelling het arrangement zoals vastgelegd in artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling. Dit houdt onder meer in dat de verantwoording van de gemaakte kosten een controleverklaring moet worden overlegd.

Hoofdstuk 5. De vindbaarheid en betrouwbaarheid van de toepassingen van e-health.

Dit onderdeel is erop gericht dat er een overzicht komt van e-health toepassingen die in Nederland gebruikt worden³⁴, voor welke aandoeningen zij ingezet kunnen worden en hoe professionals en andere patiënten deze toepassingen beoordelen.

Er bestaat een groot aanbod van apps op mobiele telefoons en andere e-health toepassingen met patiënten en/of behandelaren als doelgroep. Dit grote aanbod wordt op ongestructureerde wijze aangeboden, onder meer via de Apple App-store, Microsoft Store, Google Play, websites van verzekeraars en websites van ggz-instellingen. Er bestaat weinig overzicht van welke e-health toepassingen er zijn voor welke aandoening, wat bijvoorbeeld goede apps zijn, hoe betrouwbaar ze zijn en welke app voor welk doel kan worden ingezet. Daarnaast hebben de e-health toepassingverschillende doelen. Ze zijn op te delen in verschillende categorieën, bijvoorbeeld:

- e-health toepassing, waarmee mensen zelf problemen kunnen aanpakken, die door personen gebruikt kunnen worden die niet in behandeling zijn bij een ggz-instelling.
- e-health-toepassingen die worden ingezet in de periode dat een patiënt op een wachtlijst staat, tussen het intake gesprek en de start van de behandeling.
- e-health-toepassingen die eraan bijdragen dat mensen naar de juiste hulp worden toe geleid, zodat zij direct op de juiste plek terechtkomen.

³³ Stichting MIND (dit is de samenwerking van MIND Platform en MIND Fonds (verder: stichting MIND)).

³⁴ Dit betekent niet dat alle toepassingen die via de Apple App-store, Microsoft Store en Google Play opgenomen hoeven te worden, maar voornamelijk de toepassingen die volgens de patiënten (via stichting MIND) en/of instellingen en professionals (via GGZ Nederland) vindbaar moeten zijn.



- e-health toepassingen als onderdeel van een behandeling (blended care).
- e-health platforms waar patiënten in anonimiteit contact kunnen hebben met lotgenoten en professionals.

Voor andere e-health initiatieven, zoals zelfhulp-websites, blended care toepassingen die alleen onder begeleiding van een professional doorlopen kunnen worden en virtual reality toepassingen is gebleken dat deze niet goed vindbaar zijn en wanneer deze worden aangeboden hoe betrouwbaar ze zijn.

Voor deze kwetsbare patiënten betekent die onduidelijkheid, dat zij niet weten wat geschikte e-health toepassingen zijn, waaronder de laagdrempelige apps op hun mobiele telefoon of wat het e-health aanbod is. Hierdoor missen zij informatie in de fase voordat zij contact zoeken met een behandelaar, missen zij mogelijkheden om voor zichzelf te zorgen of om hun behoeften goed in kaart te brengen, hun eigen rol in de behandeling niet goed in te kunnen vullen en lopen zij mogelijk kansen mis op gezondheidswinst. Ook is er een te grote variatie in kwaliteit en gebruiksvriendelijkheid van de toepassingen. Door **wegwijs** te worden in het aanbod van e-health toepassingen en de beoordeling van professionals en patiënten van de verschillende toepassingen kan er beter geleerd worden van best practises en kunnen de beste initiatieven ingezet worden voor opschaling.

Het is van belang dat deze **wegwijzer** vanuit het perspectief van de patiënt wordt opgesteld. Het is nadrukkelijk de wens dat de behoefte van patiënten centraal staan in de zorg en dat zij zich geholpen voelen op het moment dat zij steun nodig hebben, ook als zij nog geen professionele hulp gezocht hebben of als zij op een wachtlijst staan. Deze groep patiënten is over het algemeen minder weerbaar. Daarnaast kunnen er problemen zijn op het gebied van angst en het vertrouwen in anderen. Het belang van deze patiënten moet daarom voorop staan bij het inrichten van bovengenoemd overzicht. De aanbieders van e-health toepassingen hebben vaak een eigen belang: instellingen hebben bijvoorbeeld een belang om patiënten naar zich toe te geleiden en soms worden er zelfs voor de patiënt schadelijke toepassingen ontwikkeld, zoals websites die anorexiapatiënten stimuleren om verder af te vallen. Juist bij de ontwikkeling van het e-healthoverzicht voor deze kwetsbare groep patiënten is het van belang dat dit wordt gerealiseerd door een stevige vertegenwoordiger van de patiënt. Om die reden wordt deze functie bij de landelijke koepel van ggz-patiëntenorganisaties neergelegd: Stichting MIND zie ook het '*besluit vaststelling beleidskaders inzake subsidiering van patiënten- en handicaptorganisaties*³⁵'. Stichting MIND is tevens de vertegenwoordiger van de patiënt in het overleg waar deze subsidieregeling uit voort is gekomen uit de afspraken gemaakt zijn op 13 juli 2017 met betrokken partijen over het terugdringen van de wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg (Kamerstuk 25 424, nr. 369).

Samengevat is de subsidie bedoeld voor activiteiten die stichting MIND uitvoert om een digitale wegwijzer te vormen ten aanzien van e-health rond en in de ggz-zorgverlening. Dit met als doel, personen die op de wachtlijst staan om geholpen te worden, de weg te wijzen naar apps en e-health interventies die zij reeds kunnen gebruiken tijdens hun periode van wachten en/of de weg te wijzen naar de juiste zorg. Deze wegwijzer moet ook bruikbaar zijn voor personen die reeds in behandeling zijn.

A Activiteiten die voor subsidie in aanmerking komen

Ter realisatie van bovengenoemd overzicht voor alle mensen in Nederland die zich geestelijk minder weerbaar of gezond voelen, kan de subsidie worden ingezet voor de volgende activiteiten:

- Het ontwikkelen van een transparante toetsingsmethode vanuit patiënten, en de bewaking daarvan opstellen;
- Het ontwikkelen van een toetsingsmethode vanuit professionals en de bewaking daarvan opstellen;
- Het samenbrengen op één prominente plek (beheerplatform) van veilige, betrouwbare en breed gedragen apps en andere e-health toepassingen/interventies, om deze vervolgens vindbaar te maken op meerdere makkelijk te vinden plekken (websites of presentatielaag) voor de patiënten en de professionals, die deze willen inzetten in de zorg, en zorgen voor langdurige continuïteit van dit beheerplatform en op z'n minst één prominente presentatielaag.
- Het uitvoeren van een pilot om koppelingen te testen tussen presentatielaag en websites van bekende partijen, zoals huisarts en de GGD-appstore.
- Het beter vindbaar maken van de e-health die betrouwbaar en veilig is, met als doel medicalisering te voorkomen, mensen zelfredzaam te maken en de groei van de vraag naar ggz-zorgverlening in goede banen te leiden.
- Het overleg met organisaties van professionals en patiënten over de toepassingen die met de digitale wegwijzer gevonden en beoordeeld kunnen worden.

³⁵ Staatscourant 19 juli 2016, nr. 37565.



- Het ontwikkelen van de software voor een digitale wegwijzer.
- Het ontwikkelen van de software voor de toetsing door patiënten en professionals, zodat deze eenvoudig gebruikt kan worden.
- Het beheer van de site in te richten dat het plaatsen van een app of andere e-health toepassing met informatie over het doel, de werking en de verkrijgbaarheid strikt gescheiden is van de reviews over de app/e-health toepassing van patiënten, zorgverleners en eventuele formele evaluaties, en zorgen van een langdurige continuïteit hiervan.
- Het beheer van de site in te richten dat patiënten of professionals die een app/e-health interventie gebruiken de door hun ingevulde informatie strikt gescheiden is van de algemene toegang, en zorgen van een langdurige continuïteit hiervan.
- Het beheer van de site in te richten zodat partijen die een app/e-health interventies aanbieden toegang krijgt tot de recensies (record) van hun app, zodat de eigenaar de beschrijving actueel kan houden, en zorgen van een langdurige continuïteit hiervan.
- Het beheer te beleggen bij de redactie van de site van de reviews, en zorgen van een langdurige continuïteit hiervan.
- Onderzoeken of samenwerking of aansluiting bij partijen die reeds vergelijkbare websites in beheer hebben, mogelijk is.

B Aanvragen van een subsidie

De subsidie is uitsluitend bedoeld voor stichting MIND. Stichting MIND kan subsidie aanvragen op grond van de procedure van hoofdstuk 3 van de Kaderregeling, in het bijzonder het arrangement zoals vastgelegd in artikel 1.5, onder d, van deze regeling. Dit houdt onder andere in dat de subsidie aanvraag wordt ingediend met een activiteitenplan en een begroting.

C Aanvullende subsidievoorwaarden

Voor een passende productdefinitie is het noodzakelijk een indicatie te hebben van mogelijkheden voor duurzame financiering na 1 februari 2021. Immers, wanneer in de beoordelingssystematiek professionele inzet noodzakelijk is, heeft het de voorkeur die duurzaam te kunnen alloceren. Gezien het grote huidige aanbod aan e-health en de marktdynamiek zal ook na 2020 de behoefte blijven bestaan om de bedoelde transparantie te verschaffen. Omgedraaid: wanneer duurzame financiering niet tot de mogelijkheden behoort worden bij inrichting van de digitale wegwijzer, moeten er andere keuzes gemaakt worden.

D Hoogte van de subsidie

- Er is maximaal € 500.000,- beschikbaar, te weten € 200.000 in 2019 en 2020 en € 100.000 in 2021.
- De hoogte van het subsidiebedrag wordt gebaseerd op de werkelijk gemaakte kosten en kunnen niet hoger zijn dan de kosten zoals deze zijn opgenomen in de begroting (zie hiervoor de kaderregeling subsidies) en niet hoger dan het maximale bedrag dat beschikbaar is gesteld. De begroting behelst per activiteit een overzicht van de geraamde kosten en opbrengsten van de aanvrager, voor zover deze betrekking hebben op de periode waarvoor subsidie wordt aangevraagd. De begrotingsposten worden ieder afzonderlijk van een toelichting voorzien. Tevens geldt dat de begroting die bij de aanvraag wordt ingediend, sluitend is.
- Opgemerkt wordt hierbij dat wanneer MIND opdrachten of activiteiten in verband met bovenstaande doelstellingen/activiteiten wil uitbesteden aan een (commerciële) marktpartij, zal het inschakelen van deze marktpartij conform de regels van het aanbestedingsrecht en onder marktconforme condities moeten plaatsvinden.

E Vaststellen van de subsidie

Voor deze subsidie geldt voor de aanvraag en vaststelling het arrangement zoals vastgelegd in artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS. Dit houdt onder meer in dat de verantwoording van de gemaakte kosten een controleverklaring moet worden overlegd.

Hoofdstuk 6. Softwareaanpassingen conform vigerende informatiestandaarden (gebruikersverenigingen)

De subsidie uit dit onderdeel is bedoeld voor gebruikersverenigingen van EPD- en EVS-systemen voor ggz-instellingen. Voor het bereiken van de doelstellingen uit deze regeling zijn niet alleen activiteiten binnen ggz-instellingen zelf nodig: er zijn ook aanpassingen (in de software van) het EPD en EVS nodig om de gewenste resultaten te behalen. Een belangrijke les uit VIPP fase 1 is dat het efficiënter en effectiever is om de benodigde wijzigingen aan de software te bundelen en integraal in de systemen door te laten doorvoeren, in plaats van iedere instelling apart hierover met de ICT-leverancier in contact te laten gaan. Voor elk van de instellingen gelden dezelfde specificaties die in het EPD geïmplementeerd moeten worden. Naast de software aanpassingen die nodig zijn om de doelstellingen te halen, moeten er ook rapportages uit het EPD gehaald kunnen worden om te toetsen of aan de doelstellingen voldaan is.



Voor (een aantal van de) EPD en EVS-leveranciers hebben de ggz-instellingen zich als gebruikers verenigd in een gebruikersvereniging. Deze verenigingen bundelen de vragen van ggz-instellingen zodat gewenste aanpassingen geprioriteerd kunnen worden en integraal kunnen worden doorgevoerd in het centrale systeem, zonder dat er een wildgroei van maatwerkoplossingen ontstaat en de ICT zo goed mogelijk aansluit bij de werkprocessen en behoeften van de professionals, de gebruikers van deze ICT-toepassingen.

Om de ggz-instellingen samen te laten optrekken richting de softwareleveranciers, stel ik de subsidie niet per instelling ter beschikking, maar per gebruikersvereniging binnen de ggz-sector. Deze gebruikersverenigingen spelen een centrale rol bij bovengenoemde vraagarticulatie en prioritering van de aanpassingen die nodig zijn in (de software van) EPD en EVS voor alle gebruikers om de doelstellingen van deze beleidsregels te kunnen realiseren. Deze gebruikersvereniging formuleert gezamenlijk met alle aangesloten instellingen een behoeftestelling en geeft de ICT-leverancier opdracht deze door te voeren. Dit betekent ook dat niet iedere instelling zelf de kennis in huis hoeft te hebben om deze dialoog met de ICT-leverancier te voeren, maar dat dit via de gebruikersvereniging loopt.

De definitie van gebruikersvereniging, is een vereniging met als doel het product van de EVS of EPD leverancier af te stemmen op de behoefte van de ggz-instelling en haar professionals. Er dienen minimaal drie instellingen die zijn toegelaten voor het leveren van medisch specialistische zorg lid te zijn van de vereniging, waarvan minimaal één instelling een middelgrote, grote of integrale ggz-instelling is, zoals gedefinieerd in deze regeling VIPP fase 3³⁶.

Gebruikersverenigingen kunnen subsidie aanvragen om daarmee de softwareleverancier de aanpassingen aan het EPD en EVS te laten bouwen en beschikbaar te stellen. Wanneer een ggz-instelling niet is aangesloten bij een gebruikersvereniging en zelf de onderhandeling doet met de software leverancier kan deze geen gebruik maken van dit onderdeel van deze beleidsregels. De aanpassingen in de systemen moeten ter beschikking komen voor alle ggz-instellingen welke gebruik maken van deze systemen.

A Activiteiten die in aanmerking komen voor subsidie

De gebruikersverenigingen kunnen voor subsidie in aanmerking komen, zodat zij de benodigde aanpassingen in de EPD's kunnen financieren, de activiteiten die daar voor nodig zijn, zijn:

- Het inbouwen van de MedMij standaarden, waarbij minimaal 90% van de verplichte ZIB's (zie bijlage 1) wordt gerealiseerd;
- Het aanpassen van ICT software om te voldoen aan het MedMij-afsprakenstelsel en het doorlopen van de kwalificatieprocedure om aan het afsprakenstelsel te voldoen.
- Het bouwen van de rapportages welke nodig zijn om aan te tonen dat (alle) normen van de regeling zijn behaald ten behoeve van de audit.
- Het organiseren van gezamenlijk overleg tussen de leden van de gebruikersvereniging, gericht op het achterhalen van de behoeftestelling van de ggz-instellingen;
- Het formuleren van eisen door de aangesloten ggz-instellingen;
- Het laten uitvoeren van een Proof of Concept (POC): het implementeren van de software aanpassingen en het testen daarvan in ggz-instellingen;
- Het (daadwerkelijk) gezamenlijk (laten) aanpassen van de software pakketten.
- De subsidie mag ook worden aangewend voor het aanpassen van ICT software om te voldoen aan het MedMij-afsprakenstelsel en het doorlopen van de kwalificatieprocedure om aan het afsprakenstelsel te voldoen.

De subsidievaststelling is niet gekoppeld aan een resultaatsverplichting, maar aan een inspanningsverplichting. Wanneer de gebruikersvereniging niet de juiste afspraken kan maken met de softwareleveranciers heeft dit tot gevolg dat de aangesloten ggz-instellingen een achterstand hebben voor het kunnen implementeren van de onderdelen A, B en C van deze subsidieregeling. Indirect wordt op die manier het bereiken van resultaat geborgd.

B aanvragen van een subsidie

Een gebruikersvereniging kan op grond van de procedure van hoofdstuk 3 van de kaderregeling subsidies OC&W, SZW en VWS subsidie aanvragen. Dit houdt onder andere in dat de subsidieaanvraag wordt ingediend met een activiteitenplan en een begroting.

Indien de gebruikersvereniging in aanmerking wil komen voor de subsidie dient het aanvraagformulier tussen 1 november 2018 en 1 mei 2019 gestuurd te worden aan Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). De activiteiten van de subsidie mogen aanvangen op de dag van ontvangst van het aanvraagformulier, maar de aanvrager zal geen vergoeding krijgen voor de activiteiten als de aanvraag wordt afgewezen.

³⁶ Zie definitie ggz-instelling hoofdstuk 2.



C aanvullende subsidievoorwaarden

De gebruikersvereniging dient aan te tonen dat zij voldoet aan de definitie van een gebruikersvereniging van deze regeling. Dit houdt in dat zij een ledenlijst voegt bij de aanvraag, inclusief bewijs van lidmaatschap van het minimaal aantal leden en contactgegevens van deze leden, zodat ter controle van de rechtmatigheid van de aanvraag contact opgenomen kan worden met deze leden.

Er kan maximaal één gebruikersvereniging subsidie aanvragen per softwareleverancier. Indien er meerdere gebruikersverenigingen van één softwareleverancier, is op basis van deze beleidsregels slechts één subsidie per softwareleverancier mogelijk. Het is niet mogelijk dat twee gebruikersverenigingen van softwarepakketten van dezelfde software leverancier beide subsidie kunnen aanvragen. De gebruikersvereniging dient de belangen van alle gebruikers van het betreffende softwarepakket van die softwareleverancier en dient in de subsidieaanvraag aan te geven dat zij dit doet.

De oprichtingsdatum van de gebruikersvereniging moet voor 31 december 2018 liggen. Dit is gedaan om eventuele misbruik van de regeling te voorkomen. Sommige gebruikersverenigingen hebben (nog) geen rechtspersoonlijkheid. Rechtspersoonlijkheid is een vereiste om subsidie aan te kunnen vragen als vereniging. Het omzetten naar een juridische rechtspersoonlijkheid, mag van een latere datum zijn dan 1 november 2018, doch voor de aanvraag van de subsidie. De einddatum van deze subsidie ligt op 1 februari 2021.

Voor deze subsidie geldt een subsidieplafond. Het subsidieplafond bedraagt € 3.500.000,- euro. Het uit hoofde van het subsidieplafond beschikbare bedrag wordt verdeeld op volgorde van binnenkomst van de aanvragen.

D Hoogte van het subsidiebedrag

Een gebruikersvereniging kan maximaal 250.000,- euro aanvragen. De subsidie aan de subsidieaanvrager wordt berekend aan de hand van de werkelijk gemaakte kosten. Het is bekend dat de hoogte van 250.000,- onvoldoende is voor de gevraagde inspanningen. Er zal dus ook een eigen bijdrage nodig zijn van de leden die aangesloten zijn bij de gebruikersvereniging.

E Vaststellen van de subsidie

Voor deze subsidie geldt voor de aanvraag en vaststelling het arrangement zoals vastgelegd in artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling. Dit houdt onder meer in dat de verantwoording van de gemaakte kosten een controleverklaring moet worden overlegd.

Hoofdstuk 7. Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS

De subsidies die op basis van deze beleidsregels verstrekt worden zijn alle aan te merken als een projectsubsidie. Per ggz-instelling zijn meerdere modules mogelijk die gezamenlijk als een projectsubsidie aan te merken zijn. Op de subsidieverstreking op basis van deze beleidsregels zijn de bepalingen van de Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS van toepassing. Meer concreet zijn dat de bepalingen die betrekking hebben op projectsubsidies. Sommige bepalingen uit de Kaderregeling refereren specifiek aan bepaalde subsidiearrangementen.

De *subsidies aan de ggz-instellingen (hoofdstuk 2) voor het VIPP-programma fase 3* zijn zogeheten p x q subsidies. Voor de verantwoording van de subsidie geldt dan het subsidiearrangement bedoeld in artikel 1.5, onder b, van de Kaderregeling. In aanvulling hierop vindt de toetsing, bedoeld in hoofdstuk 2, onderdeel H, plaats.

Voor de *koploperssubsidie (hoofdstuk 3)* is het arrangement van artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling van toepassing.

Voor de *subsidie aan GGZ Nederland (Hoofdstuk 4)* is het arrangement van artikel 1.5, onder d, van toepassing.

Voor de subsidie voor MIND voor *vindbaarheid en patiëntgerichtheid van e-healthapplicaties* (hoofdstuk 5) is het arrangement van artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling van toepassing

Voor de subsidie voor gebruikersverenigingen voor *het inbouwen van standaarden in de systemen* (hoofdstuk 6) is het arrangement van artikel 1.5, onder d, van de Kaderregeling van toepassing.

Voorts zij verwezen naar de algemene procedure voor het aanvragen, verlenen en vaststellen van de subsidie en naar de standaardverplichtingen. De Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS is te raadplegen via www.wetten.nl.



Hoofdstuk 8 Staatssteun

Van belang is dat een subsidiemaatregel geen ongeoorloofde staatssteun oplevert. Eén van de criteria waaraan dit beleidskader getoetst is, betreft de vraag of sprake is van een onderneming die een economische activiteit verricht.

De VIPP fase 3 regeling betreft vier verschillende subsidieonderdelen voor de ggz-sector.

De vier onderdelen:

- A. Subsidie voor de GGZ instellingen
- B. Programmabegeleiding door GGZ Nederland
- C. Programmabegeleiding voor de vindbaarheid, betrouwbaarheid en patiëntgerichtheid van de toepassingen van e-health door Stichting MIND
- D. Inbouwen van de standaarden in de systemen met behulp van subsidie aan gebruikersverenigingen.

De subsidie onder A vormt staatssteun. Dit geldt voor zowel de subsidie op grond van aangevraagde modules als de subsidie op grond van vouchers aan de koplopers.

De staatssteun kan gerechtvaardigd worden door de GGZ-instellingen te belasten met een dienst van algemeen economisch belang (DAEB). Net als ook gebeurd is bij VIPP fase 1 en fase 2. Instellingen die belast zijn met een DAEB mogen met een subsidie gecompenseerd worden voor de kosten van het uitvoeren van de DAEB. Er mag echter niet meer gecompenseerd worden dan nodig is voor de uitvoering van DAEB. Om hieraan uitvoering te geven wordt met elk van de subsidieontvangers een DAEB-uitvoeringsovereenkomst gesloten.

De subsidies aan instelling B en C voor de uitvoering van de activiteiten uit het beleidskader vallen buiten het toepassingsgebied van het staatssteunrecht. Weliswaar zijn de activiteiten waar subsidie voor wordt verstrekt, (deels) economisch van aard, maar deze activiteiten zijn ten opzichte van de overwegend niet economische activiteiten die de betreffende instellingen verrichten in omvang zo beperkt (minder dan 10%) en hangen daar zo nauw mee samen dat ze daarmee buiten het toepassingsbereik van de staatssteunregels vallen.

Bij de subsidie voor instelling D is evenmin sprake van staatssteun, omdat het hier niet om economische activiteiten gaat.

Hoofdstuk 9. Gevolgen voor de regeldruk

Het aanvragen van een subsidie door de ggz-instellingen (hoofdstuk 2) heeft gevolgen voor de administratieve lasten en nalevingskosten voor deze ggz-instellingen. Om in aanmerking te komen voor deze subsidie kunnen ggz-instellingen een aanvraag indienen. Op die aanvraag kunnen zij aangeven welke modules zij gaan uitvoeren. Ggz-instellingen aan wie een subsidie is toegekend, moeten voor de vaststelling van deze subsidie verantwoorden dat het resultaat is gehaald via een onafhankelijke toetsing die door een IT-auditor is uitgevoerd. Kosten voor het invullen van het aanvraagformulier en vaststellingsformulier per ggz-instelling is (8 uur * € 54= € 432). De nalevingskosten voor de IT-toetsing van drie afzonderlijke modules bedragen naar verwachting € 10.000,-. Kosten van een accountantsverklaring (€ 10.000). Kosten voor het invullen van de nulmeting (25 uur * € 54= € 1350). Kosten voor het aantonen dat er geen sprake is van overcompensatie (1 (uur per week) * 116 (weken looptijd regeling) *€ 54 = € 6264).

Bij de subsidie voor de koplopers kan een koploper-ggz-instelling een subsidieaanvraag indienen. De kosten voor het invullen van de subsidieaanvraag inclusief de eventuele afstemming met de andere ggz-instellingen die de aanvraag ondersteunen over de uit te voeren activiteiten bedragen (4 uur * € 54= € 216). Voor de subsidievaststelling dient het koploper ggz-instelling de activiteiten te verantwoorden inclusief een accountantsverklaring. De kosten bedragen (8 uur * € 54= € 432).

Hoofdstuk 10. Slot

Deze beleidsregels treedt in werking met ingang 1 november 2018 en vervalt met ingang van 1 juli 2021.



BIJLAGE 1 VERPLICHTE ZORGINFORMATIEBOUWSTENEN

Binnen de VIPP ggz regeling zijn zorginformatiebouwblokken (zibs) van toepassing op de modules A1, A2, B2 en C2. In de VIPP ggz regeling is het feitelijk gebruik van dossiergegevens en e-health door patiënten het uitgangspunt. Deze bijlage verwijst naar de technische inbouw en ontsluiting van de zibs in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en het ontvangen en beheeren van de gegevens in patiëntenportalen en/of persoonlijke gezondheidsomgevingen (PGO). Concreet gaat het om het kunnen leveren van gestructureerde gegevens conform de zibs (de content) vanuit EPD's en aanpassende systemen zoals lab of medicatie en om het kunnen ontvangen en van de op deze zibs gebaseerde gegevens in patiëntenportalen en / of PGO's conform het MedMij afsprakenstelsel. De samenstelling van deze lijst is met MedMij en Nictiz afgestemd.

Alle zibs waarnaar hieronder wordt verwezen zijn gepubliceerd op [https://zibs.nl/wiki/ZIB_Publicatie_2017\(NL\)](https://zibs.nl/wiki/ZIB_Publicatie_2017(NL)).

De HL7 FHIR profielen waar naar verwezen wordt zijn gepubliceerd op

- https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/Landingspagina_MedMij
- https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.01_Ontwerpen#Haal_gegevens_op_uit_XIS
- https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.01_Ontwerpen#Stuur_gegevens_naar_XIS.

Afhankelijk van de zorg die een instelling biedt zijn verschillende zibs relevant. Dit onderscheid in zorg is als volgt: ambulante zorg zonder voorschrijven medicatie (I), ambulante zorg met voorschrijven medicatie (II) en zorg met verlijf (III). Binnen elke categorie geldt dat het verplicht is om 90% van de daar opgesomde verplichte zibs te implementeren in het EPD en in het portaal of PGO, zie het handboek voor de eindtoets.

Om het gebruik van het MedMij stelsel te stimuleren in de ggz zal de verplichte inbouw plaatsvinden van een van de MedMij profielen die zijn gepubliceerd in het MedMij afsprakenstelsel. Bij beschikbaarheid van een HL7 FHIR profiel, wordt getoetst op basis van dat profiel. Echter, nog niet elke zib heeft al een FHIR profiel. In het geval een zib FHIR profiel ontbreekt wordt getoetst op basis van de zib specificatie. Zie:

- <https://afsprakenstelsel.medmij.nl/>
- https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.01_Ontwerpen
- <https://afsprakenstelsel.medmij.nl/display/PUBLIC/Gegevenscatalogus>
- https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/Landingspagina_MedMij

In onderstaande tabel is aangegeven welke zibs verplicht zijn bij welke module en welke zorg.

Zorg informatie bouwsteen (zib)	Module A1	Module A2	Zorg
1. Laboratorium uitslagen (klinische bepalingen)	D	D	I, II, III
2. Patiëntgegevens	D	D	I, II, III
3. Verzekeringsgegevens	D	D	I, II, III
4. Behandelaanwijzingen	D	D	I, II, III
5. Functionele of mentale status	D	D	I, II, III
6. Probleem	D	D	I, II, III
7. Verrichtingen	D	D	I, II, III
8. Wilsverklaring	I	D	I, II, III
9. Contactpersoon	I	D	I, II, III
10. Burgerlijke staat	I	D	I, II, III
11. Woonsituatie	I	D	I, II, III
12. Druggebruik	I	D	I, II, III
13. Alcoholgebruik	I	D	I, II, III
14. Tabakgebruik	I	D	I, II, III
15. Tekstuitslag	I	D	I, II, III
16. Zorgverlener (inclusief BgZ huisarts)	I	D	I, II, III
17. Zorgaanbieder	I	D	I, II, III
18. Gezinssituatie / Check of er kinderen zijn	I	D	I, II, III
19. ParticipatielnMaatschappij (BgZ Sociale omgeving)	I	D	I, II, III
20. HulpVanAnderen (BgZ Sociale omgeving)	I	D	I, II, III
21. Taalvaardigheid	I	D	I, II, III
22. Juridische status ¹	I	D	I, II, III
23. Algemene meting (incl. ROM uitslagen)	I	D	I, II, III
24. Medicatieafpraak	D	D	II, III
25. Toedieningsafpraak	D	D	II, III



Zorg informatie bouwsteen (zib)	Module A1	Module A2	Zorg
26. Medicatieverstrekking	D	D	II, III
27. Verstrekkingverzoek	D	D	II, III
28. MedicatieGebruik	D	D	II, III
29. Vrijheidbeperkende maatregelen (Argus)	D	D	III

¹ Deze zib wordt een afsplitsing van de bestaande zib vrijheid beperkende maatregelen en is onderhanden bij Nictiz.

Legenda Onder module:

D= volledig conform de datavereisten

I=de inhoud van de gegevenselementen

Onder zorg:

(I)= ambulante zorg zonder voorschrijven medicatie,

(II)= ambulante zorg met voorschrijven medicatie

(III)=zorg met verlijf

Nadere informatie per zib:

	Locatie specificatie zib	MedMij FHIR profiel
Laboratorium uitslagen (klinische bepalingen)	https://zibs.nl/wiki/LaboratoriumUitslag-v4.1(2017NL) De functionele specificatie is te vinden op: https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.01_OntwerpLabresult#Use_case:_Raadplegen_laboratoriumresultaten_in_persoonlijke_gezondheidsomgeving	https://informatiestandaarden.nictiz.nl/wiki/MedMij:V2018.01_FHIR_LaboratoryResults
Patiëntengegevens	https://zibs.nl/wiki/Patient-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/nl-core-patient
Verzekeringsgegevens	https://zibs.nl/wiki/Betaler-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-Payer
Behandelaanwijzingen	https://zibs.nl/wiki/BehandelAanwijzing-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-TreatmentDirective
Wilsverklaring	https://zibs.nl/wiki/Wilsverklaring-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-AdvanceDirective
Contactpersoon	https://zibs.nl/wiki/Contactpersoon-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/nl-core-relatedperson
Functionele of mentale status	https://zibs.nl/wiki/FunctioneleOfMentaleStatus-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-FunctionalOrMentalStatus
Probleem	https://zibs.nl/wiki/Probleem-v4.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3-Zib2017/ZIB-Problem
Burgerlijke staat	https://zibs.nl/wiki/BurgerlijkeStaat-v3.0(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/nl-core-patient
Woonsituatie	https://zibs.nl/wiki/Woonsituatie-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-LivingSituation
Druggebruik	https://zibs.nl/wiki/DrugsGebruik-v3.2(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-DrugUse
Alcoholgebruik	https://zibs.nl/wiki/AlcoholGebruik-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-AlcoholUse
Tabakgebruik	https://zibs.nl/wiki/TabakGebruik-v3.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-TobaccoUse
Tekstuitslag	https://zibs.nl/wiki/TekstUitslag-v4.1(2017NL)	
Verrichtingen	https://zibs.nl/wiki/Verrichting-v4.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-Procedure
Zorgverlener (inclusief BgZ huisarts)	https://zibs.nl/wiki/Zorgverlener-v3.2(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/nl-core-practitioner https://simplifier.net/NictizSTU3/nl-core-practitionerrole
Zorgaanbieder	https://zibs.nl/wiki/Zorgaanbieder-v3.1.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/nl-core-organization
Gezinssituatie / Check of er kinderen zijn	https://zibs.nl/wiki/Gezinssituatie-v3.0(2017NL)	
ParticipatielnMaatschappij (BgZ Sociale omgeving)	https://zibs.nl/wiki/ParticipatielnMaatschappij-v3.1(2017NL)	
HulpVanAnderen (BgZ Sociale omgeving)	https://zibs.nl/wiki/HulpVanAnderen-v3.0(2017NL)	
Taalvaardigheid	https://zibs.nl/wiki/Taalvaardigheid-v3.1(2017NL)	
Juridische status ¹	Als onderdeel van: https://zibs.nl/wiki/VrijheidsbeperkendeMaatregelen-v3.1(2017NL)	
Algemene meting (incl. ROM uitslagen)	https://zibs.nl/wiki/AlgemeneMeting-v3.0(2017NL)	Huisarts FHIR profiel is niet bruikbaar
Medicatieafpraak	https://zibs.nl/wiki/Medicatieafpraak-v1.0.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-MedicationAgreement
Toedieningsafpraak	https://zibs.nl/wiki/Toedieningsafpraak-v1.0.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-AdministrationAgreement
Medicatieverstrekking	https://zibs.nl/wiki/Medicatieverstrekking-v2.0(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-Dispense



	Locatie specificatie zib	MedMij FHIR profiel
Verstrekkingsverzoek	https://zibs.nl/wiki/Verstrekkingsverzoek-v1.0.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-DispenseRequest
MedicatieGebruik	https://zibs.nl/wiki/MedicatieGebruik2-v1.0.1(2017NL)	https://simplifier.net/NictizSTU3/zib-MedicationUse
Vrijheidbeperkende maatregelen		http://www.ggz nederland.nl/uploads/publication/Argus%20Registratie%20van%20vrijheidsbeperkende%20interventies%20in%20de%20ggz.pdf

¹ Deze zib wordt een afsplitsing van de bestaande zib vrijheid beperkende maatregelen en is onderhanden bij Nictiz.



HANDBOEK VIPP GGZ EINDTOETS

12 oktober 201

INHOUDSOPGAVE

1	INLEIDING	30
1.1	Tekst beleidsregels VIPP GGZ	30
2	ALGEMENE PROCEDURE VIPP GGZ TOETSING	31
3	NORMENKADER VIPP GGZ TOETS	31
3.1	Normen	31
3.1.1	Authenticatieniveau	36
3.1.2	Standaarden voor digitale toegankelijkheid	36
3.2	Onderzoekswijze	36
3.2.1	Testpatiënten	37
3.2.2	Systeem rapportages	37
3.2.3	Voorbereiding ggz instelling	38
3.3	Uitvoering	38
3.4	Rapportage	39
BIJLAGE 1:	VERPLICHTE ZIBS	39
BIJLAGE 2:	DEFINITIES	39

1 Inleiding

In het 'Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3' is opgenomen dat ggz instellingen in aanmerking kunnen komen voor subsidie als zij bepaalde doelstellingen gerealiseerd hebben en dit kunnen aantonen door middel van een extern uitgevoerde toets.

Dit handboek beschrijft de wijze waarop de toetsing van de VIPP GGZ-resultaatsdoelstellingen wordt uitgevoerd.

Hieronder is kort opgenomen wat het doel en de resultaatsverplichtingen uit het 'Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3' zijn. In het besluit zelf is een meer uitgebreide beschrijving van de VIPP GGZ resultaatsdoelstellingen terug te vinden.

De generieke beoordelingsprocedure voor de eindtoets is terug te vinden in hoofdstuk 2. Hierin wordt de algemene aanpak beschreven en zijn verslaglegging en planning uitgewerkt. In hoofdstuk 3 is het normenkader en de aanpak van de toets beschreven.

1.1 Tekst beleidsregels VIPP GGZ

Doel van het Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional (VIPP) GGZ is dat ggz instellingen op korte termijn een digitaliseringslag maken om de zorg veiliger, patiëntgericht en doelmatiger te maken. Dit houdt in dat ggz instellingen in 2021 op een gestandaardiseerde en veilige manier informatie digitaal kunnen uitwisselen met de patiënt. Op dit moment zet een aantal ggz instellingen de eerste stappen om informatie digitaal meer te ontsluiten. Duidelijk is ook dat instellingen dit niet allemaal op dezelfde manier doen en geen of niet dezelfde standaarden gebruiken. Om de zorg echt toekomstbestendig, veiliger en patiëntgericht te maken, is het van belang dat ggz instellingen dezelfde informatie ontsluiten en daarbij dezelfde standaarden gebruiken, zodat de informatie onderling, met de patiënt en met andere zorgverleners gedeeld kan worden.

Hierbij zijn drie programma's geformuleerd met de volgende (hoofd) doelstellingen:

Patiënt & informatie

Module A1 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

Module A2 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

A2 differentieert van A1 door een groter bereik onder de patiëntenpopulatie en een grotere gestandaardiseerde gegevensset (zib's).

Patiënt & medicatie

Module B1 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 medicatievoorschriften digitaal aan kan bieden als vooraankondiging en/of elektronisch recept.

Module B2 Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 gestandaardiseerde



seerd digitaal een actueel overzicht van medicatie kan raadplegen als onderdeel van het medicatieproces en daar medicatieverificatie op uitvoert en ditzelfde overzicht aan de patiënt kan verstrekken bij ontslag.

Patiënt & eHealth

Module C1 Activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 februari 2021 meer gebruik maken van eHealth modules als onderdeel van de behandeling.

Module C2 Activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 februari 2021 meer gebruik maken van eHealth modules als onderdeel van de behandeling en activiteiten die ertoe leiden dat op 1 februari 2021 gegevens die worden verzameld met eHealth modules getoond kunnen worden in het EPD.

2 Algemene procedure VIPP GGZ toetsing

Uitgangspunt voor de toetsing is de door VWS verleende subsidie aan de betreffende ggz instelling.

Om in aanmerking te komen voor een VIPP GGZ-subsidie moet onafhankelijk worden vastgesteld dat de betreffende doelstellingen per module behaald zijn. De resultaten van het VIPP GGZ dienen te worden aangetoond door de resultaten van een onderzoek van een IT-auditor, geregistreerd als RE bij de NOREA. Een ggz instelling kan tussen 1 november 2018 en 1 augustus 2021 een eindtoets (VIPP-assessment) inplannen. De toets voor een module wordt uiterlijk aangevraagd op de dag waarop de betreffende module gerealiseerd moet zijn (1 februari 2021). De toetsing vindt plaats over data van een periode voor 1 februari 2021. Met de toets wordt aan het einde van de toetsingsperiode vastgesteld of aan de voorwaarden van de subsidieregeling is voldaan.

Daarbij geldt:

- Het onderzoek dient volgens de Richtlijn 3000D van de NOREA voor Assurance-opdrachten door IT-auditors plaats te vinden;
- De toets dient te leiden tot een goedkeurend oordeel met redelijke mate van zekerheid;
- Het object van onderzoek is: de opzet en het bestaan van gegevensverwerking met behulp van de door de ggz instelling gerealiseerde modules;
- Voor het uitvoeren van het onderzoek is een normenkader opgesteld, waarin de voorwaarden voor de subsidies zijn uitgewerkt. Dit is beschreven in hoofdstuk 3.1 van dit handboek.

Indien tijdens het onderzoek niet of niet geheel aan normen wordt voldaan kan de ggz instelling gedurende de onderzoeksperiode herstelwerkzaamheden uitvoeren zodat alsnog aan de normen wordt voldaan. Indien de IT-auditor tijdens het VIPP-assessment vaststelt dat normen niet zijn behaald door het betreffende ggz instelling dan biedt de IT-auditor de mogelijkheid aan de ggz instelling om binnen de gestelde onderzoeksperiode herstelwerkzaamheden uit te voeren zodat alsnog aan de normen wordt voldaan. De IT-auditor dient vervolgens een her-audit uit te voeren. Dit handboek vormt de basis van de toets. Op basis van dit handboek is een VIPP GGZ beoordelingsmatrix opgesteld waarin per norm de bevindingen kunnen worden aangegeven. Deze matrix kan na publicatie van de regeling worden opgevraagd via www.vippggz.nl.

3 Normenkader VIPP GGZ toets

Op basis van het 'Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3' zijn in dit handboek (zie 3.1) de normen en meetmethodes gedefinieerd. In 3.2 wordt de onderzoekswijze nader toegelicht. De IT-auditor, geregistreerd als RE bij de NOREA, gebruikt bij zijn onderzoek de handreiking voor de IT-auditor en de beoordelingsmatrix. In deze matrix staan de criteria en meetmethodes specifiek beschreven per VIPP GGZ norm. Deze matrix is na publicatie (1 november 2018) van de regeling op te vragen op www.vippggz.nl.

Het uitgangspunt hierbij is dat het systeem voor gegevensverwerking- en uitwisseling (scope van het onderzoek) een onderdeel vormt van goed beheerde IT-systemen voor wat betreft algemene computer controles zoals toegangsbeveiliging, wijzigingsbeheer, operationeel beheer en continuïteitsmanagement. Het is de verantwoordelijkheid van de ggz instellingen om deze algemene IT-beheersmaatregelen te treffen. De beoordeling ervan valt buiten de scope van de beoordeling in het kader van deze subsidieregeling.

3.1 Normen

De modules bestaan uit normen die verder opgesplitst zijn in toetsingscriteria. Voor alle modules wordt een tolerantie van 90% gehanteerd: als tenminste 90% van de normen met betrekking tot de module in scope is gehaald door de instelling, dan voldoet de instelling aan de gestelde eisen. In hoeverre er aan de norm voldaan wordt, wordt bepaald op basis van de toetsingscriteria. Zo wordt



voorkomen dat de auditor een negatief oordeel moet uitbrengen als er kleine afwijkingen geconstateerd zijn in de resultaten die gehaald moeten worden. Op de volgende wijze wordt bepaald of het resultaat van de module is gehaald. De module kent een aantal normen en per norm gelden een aantal toetsingscriteria. Als de doelstelling voor minimaal 90% is gerealiseerd (als bij 10 criteria aan 9 of meer is voldaan) dan wordt er voldaan aan de norm. De toetsingscriteria zijn daarbij ja/nee vragen die cumulatief uitmonden in een percentage per norm en zodoende ook in een percentage per doelstelling. Net zoals bij het VIPP-traject van de ziekenhuizen en de overige instellingen voor medisch specialistische zorg zal er met het handboek een pilot worden uitgevoerd in ggz-instellingen, waarna een handleiding en een beoordelingsmatrix worden opgesteld waarin gedetailleerd is opgenomen hoe de auditor deze criteria moet laten meewegen.

Module A1 Patiënt & informatie

Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

Norm	Meetmethode
<p>Op 1 februari 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens:</p> <p>a. De gegevensselectie voor A1, opgenomen in bijlage 1, dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. Dit houdt in dat bepaalde ZIB's waarvan het FHIR-profiel¹ reeds beschikbaar is op deze wijze vastgelegd en ontsloten kunnen worden. Zie bijlage 1 voor het overzicht van ZIB's en de gestandaardiseerde wijze van ontsluiting.</p> <ul style="list-style-type: none">– Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven– ROM-uitslagen.	<p>Testpatiënt Beoordelen of de volledige gegevensset aanwezig is voor een testpatiënt in het PGO/ patiëntenportaal conform de vereisten. Voor toetsing van de zibs wordt een tolerantie van 90% gehanteerd. Ten aanzien van de zib laboratorium uitslag geldt een afwijkende toetsing, zie voetnoot²</p> <p>A: Totaal aantal items dat beschikbaar gesteld moet worden (het totaal bestaat uit de minimale set voor de ggz (categorie 1) en de zibs uit categorie 2 en 3 die voor de instelling van toepassing zijn). In bijlage 1 is aangeven welke zibs volledig conform het datamodel van de zib moeten kunnen worden vastgelegd.</p> <p>B: Het aantal items dat door de instelling (volledig) conform zibs beschikbaar gesteld wordt: $B/A * 100 = \text{minimaal } 90\%$</p>
<p>De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 februari 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel (zoals gepubliceerd op http://afsprakenstelsel.medmij.nl) te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal.</p> <p><i>Voor deze norm geldt de hardheidsclausule in hoofdstuk 2, onderdeel E van de regeling. Deze vervalt als er sprake is van overmacht.</i></p>	<p>Procedure De instelling kan aan de auditor aantonen dat het gebruik maakt van een IT-systeem van een leverancier die deelneemt aan het MedMij afsprakenstelsel.</p> <p>Er is een getekende verwerkersovereenkomst tussen de zorgaanbieder en leverancier</p> <p>Testpatiënt Er is een gestructureerde download van medische informatie beschikbaar voor de testpatiënt. Deze download bevat de zib's voor de ggz conform FHIR, zodat deze uploadbaar zijn naar MedMij compatible PGO's.</p> <p>De instelling kan voor een testpatiënt aan de auditor aantonen dat het voor patiënten mogelijk is om de medische gegevens naar een PGO te uploaden.³</p>
<p>De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn voor opvraging vanuit het PGO en op het eventuele patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren.</p>	<p>Procedure Procedure waaruit blijkt dat de gegevens met maximaal 7 werkdagen vertraging na interne accordering aan de patiënt worden vrijgegeven via de PGO-leverancier en/of patiëntenportaal.</p>
<p>Minimaal 10% van de patiënten die basis-ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangt, die in de periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad bij de instelling, heeft gegevens ontsloten naar een PGO of ingelogd op het eventuele patiëntenportaal (of een ander platform waarop patiëntgegevens getoond worden). Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke log-ins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg en/of gespecialiseerde ggz-zorg.</p>	<p>Rapportage A: Aantal unieke patiënten met een behandelcontact in een periode van 30 dagen B: aantal unieke log-ins in het patiënten portaal in een periode van 30 dagen en/of het aantal uploads naar een PGO door unieke patiënten $B/A * 100 = \text{minimaal } 10\%$ Indien medische gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, dan moet dat ook conform zib's (zie bijlage 1 van de regeling).</p>



Module A1 Patiënt & informatie
Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

Norm	Meetmethode
De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS ⁴ substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste tweefactorauthenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.	Procedure Bij gebruik van een PGO wordt dit als gevolg van het voldoen aan het MedMij afsprakenstelsel ondervangen. Indien gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, wordt getoetst of voor de authenticatie van de patiënt gebruik wordt gemaakt van een inlogmethode dat minimaal voldoet aan het eIDAS niveau Substantieel (zie punt 3.2.1 van dit handboek). Indien dit niet op tijd beschikbaar is voldoet DigiD versterkt.

- ¹ Dit is een bepaalde informatie-uitwisselingsstandaard. Een uitwisselingsstandaard is een set van afspraken om uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen informatiesystemen van zorgverleners op elektronische wijze mogelijk te maken. Zodra een uitwisselingsstandaard in zorginformatiesystemen is ingebouwd, kunnen deze systemen op uniforme wijze met elkaar communiceren. FHIR (spreek op z'n Engels uit fire) is bij uitstek geschikt voor het koppelen van verschillende applicaties en apparaten in een persoonlijke gezondheidsomgeving.
<https://www.medmij.nl/wp-content/uploads/2017/06/Factsheet-MedMij-FHIR.pdf>
- ² Als de laboratoria de informatie niet gestructureerd conform zib's aanbiedt aan de instelling dan hoeft de instelling deze informatie ook niet conform zib's (handmatig) vast te leggen in haar ict-systemen en in zib-formaat door te zetten naar de patiënt.
- ³ De instelling moet kunnen aantonen dat het mogelijk is alle gegevens uit de zibs aan patiënten beschikbaar te stellen. Dit geldt alleen voor een testpatiënt, de instelling hoeft alleen de gegevens beschikbaar te stellen die vastgelegd worden. Conversie van historische data is geen onderdeel van de VIPP regeling.
- ⁴ <https://www.digitaleoverheid.nl/dossiers/eidas/>. Europese burgers en bedrijven moeten vanaf 29 september 2018 bij alle Nederlandse organisaties in de publieke sector kunnen inloggen met een door Europa erkend nationaal inlogmiddel. Dat hebben de EU-lidstaten met elkaar afgesproken in de eIDAS-verordening. De Europese Unie wil hiermee regelen dat het makkelijker en veiliger wordt om binnen Europa online zaken te regelen.

Module A2 Patiënt & informatie
Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

Norm	Meetmethode
Op 1 februari 2021 worden de volgende medische gegevens gestandaardiseerd vastgelegd en kunnen patiënten deze gegevens naar zich toehalen. Het gaat om de volgende gegevens: – De vastgestelde set ZIB's voor de ggz. Deze gegevens dienen conform de MedMij standaarden te worden aangeboden aan PGO's die voldoen aan MedMij en eventueel ook via een andere digitale voorziening om de gegevens uit het EPD te halen, zoals een download uit het patiëntenportaal. Dit houdt in dat de ZIB's waarvan het FHIR-profiel ¹ reeds beschikbaar is op deze wijze vastgelegd en ontsloten kunnen worden. Zie bijlage 1 voor het overzicht van ZIB's en de gestandaardiseerde wijze van ontsluiting. – Correspondentie: zorgverlenersbrieven, ontslagbrieven, voortgangsbrieven – ROM-uitslagen.	Testpatiënt Beoordelen of de volledige gegevensset aanwezig is voor een testpatiënt in het PGO/ patiëntenportaal conform de vereisten. Voor toetsing van de zibs wordt een tolerantie van 90% gehanteerd. Ten aanzien van de zib laboratorium uitslag geldt een afwijkende toetsing, zie voetnoot ² A: Totaal aantal items dat beschikbaar gesteld moet worden (het totaal bestaat uit de minimale set voor de ggz (categorie 1) en de zibs uit categorie 2 en 3 die voor de instelling van toepassing zijn). In bijlage 1 is aangegeven welke zibs volledig conform het datamodel van de zib moeten kunnen worden vastgelegd. B: Het aantal items dat door de instelling (volledig) conform zibs beschikbaar gesteld wordt: $B/A * 100 = \text{minimaal } 90\%$
De zorgaanbieder (ggz-instelling) dient in samenwerking met een leverancier voor 1 februari 2021 deelname tot het MedMij afsprakenstelsel (zoals gepubliceerd op http://afsprakenstelsel.medmij.nl) te realiseren. Dat betekent dat deze leverancier als dienstverlener zorgaanbieder deelneemt aan het afsprakenstelsel zodat gegevens beschikbaar gesteld worden voor uitwisseling. Onderdeel van deelname is het tekenen van een verwerkersovereenkomst tussen zorgaanbieder en leverancier. De patiënt heeft de mogelijkheid om gegevens actief naar zich toe te halen in zijn/haar PGO en, indien de ggz-instelling dat wenst, eventueel ook via een patiëntenportaal. <i>Voor deze norm geldt de hardheidsclausule in hoofdstuk 2, onderdeel E van de regeling. Deze vervalt als er sprake is van overmacht.</i>	Procedure De instelling kan aan de auditor aantonen dat het gebruik maakt van een IT-systeem van een leverancier die deelneemt aan het MedMij afsprakenstelsel. Er is een getekende verwerkersovereenkomst tussen de zorgaanbieder en leverancier
De gegevens moeten zo snel mogelijk, maar in ieder geval binnen 7 werkdagen beschikbaar zijn in het PGO of op het patiëntenportaal, met uitzondering van informatie waarvan het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren ⁴ .	Testpatiënt Er is een gestructureerde download van medische informatie beschikbaar voor de testpatiënt. Deze download bevat de zib's voor de ggz conform FHIR, zodat deze uploadbaar zijn naar MedMij compatible PGO's. De instelling kan voor een testpatiënt aan de auditor aantonen dat het voor patiënten mogelijk is om de medische gegevens naar een PGO te uploaden. ³
	Procedure Procedure waaruit blijkt dat de gegevens met maximaal 7 werkdagen vertraging na interne accordering aan de patiënt worden vrijgegeven via de PGO-leverancier en/of patiëntenportaal.



Module A2 Patiënt & informatie
Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 een gegevensset over de behandeling aan PGO's van patiënten kan aanbieden en eventueel ook via een patiëntenportaal.

Norm	Meetmethode
Minimaal 15% van de patiënten die basis ggz-zorg of gespecialiseerde ggz-zorg ontvangen, die in de periode van 30 dagen een contactmoment hebben gehad bij de instelling, heeft ingelogd in het eventuele patiëntenportaal en/of gegevens ontsloten naar een PGO. Dit wordt bepaald op basis van het aantal unieke log-ins ten opzichte van het totaal aantal patiënten basis-ggz-zorg of gespecialiseerde-ggz-zorg.	Rapportage A: Aantal unieke patiënten met een behandelcontact in een periode van 30 dagen B: aantal unieke log-ins in het patiënten portaal in een periode van 30 dagen en/of het aantal uploads naar een PGO door unieke patiënten $B/A * 100\% =$ minimaal 15% Indien medische gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, dan moet dat ook conform zib's (zie bijlage 1 van de regeling).
De beveiliging van de verbinding met het PGO en/of het patiëntenportaal voldoet minimaal aan beveiligingsniveau eIDAS ⁵ substantieel, indien dit nog niet breed beschikbaar is, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste tweefactorauthenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar.	Procedure Bij gebruik van een PGO wordt dit als gevolg van het voldoen aan het MedMij afsprakenstelsel ondervangen. Indien gegevens worden getoond op een patiëntenportaal, wordt getoetst of voor de authenticatie van de patiënt gebruik wordt gemaakt van een inlogmethode dat minimaal voldoet aan het eIDAS niveau Substantieel (zie punt 3.2.1 van dit handboek). Indien dit niet op tijd beschikbaar is voldoet DigiD versterkt.

- ¹ Dit is een bepaalde informatie-uitwisselingsstandaard. Een uitwisselingsstandaard is een set van afspraken om uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen informatiesystemen van zorgverleners op elektronische wijze mogelijk te maken. Zodra een uitwisselingsstandaard in zorginformatiesystemen is ingebouwd, kunnen deze systemen op uniforme wijze met elkaar communiceren. FHIR (spreek op z'n Engels uit fire) is bij uitstek geschikt voor het koppelen van verschillende applicaties en apparaten in een persoonlijke gezondheidsomgeving.
<https://www.medmij.nl/wp-content/uploads/2017/06/Factsheet-MedMij-FHIR.pdf>
- ² Als de laboratoria de informatie niet gestructureerd conform zib's aanbiedt aan de instelling dan hoeft de instelling deze informatie ook niet conform zib's (handmatig) vast te leggen in haar ICT-systemen en in zib-formaat door te zetten naar de patiënt.
- ³ De instelling moet kunnen aantonen dat het mogelijk is alle gegevens uit de zibs aan patiënten beschikbaar te stellen. Er geldt een tolerantie van 90%. Dit geldt alleen voor een testpatiënt, de instelling hoeft alleen de gegevens beschikbaar te stellen die vastgelegd worden. Conversie van historische data is geen onderdeel van de VIPP regeling.
- ⁴ Zie de Wet op de Geneeskundige Behandeloevereenkomst artikel 7: 448 lid 3 Burgerlijk Wetboek.
- ⁵ zie voetnoot 13.

Module B1 Patiënt & medicatie
Activiteiten die ertoe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 medicatievoorschriften digitaal aan kan bieden als vooraankondiging en/of elektronisch recept.

Norm	Meetmethode
Op 1 februari 2021 heeft de zorginstelling in het EVS geïmplementeerd dat zij recepten elektronisch kunnen versturen, conform de standaard voor vooraankondiging/elektronisch recept.	Testpatiënt Beoordelen van het vooraankondigingsbericht a.d.h.v. de eisen zoals vastgelegd in de standaard vooraankondiging (de voorwaarden zijn beschreven in medicatieproces V9.06 of nieuwer). Een ggz-instelling die gebruik maakt van een EVS dat reeds in staat is om de vooraankondiging conform versie 6.12 van de informatiestandaard voor het medicatieproces te versturen, mag de vooraankondiging ook met deze versie versturen.
Minimaal 30% van het totaal aantal recepten of vooraankondigingen in een periode van 30 dagen moet elektronisch verstuurd zijn.	Rapportage A. Totaal aantal uitgeschreven recepten (elektronisch + niet elektronisch) in een periode van 30 dagen B. Aantal elektronisch verstuurd recepten dan wel vooraankondigingen in dezelfde periode. $B/A * 100 =$ minimaal 30% In geval dat de doelstelling niet wordt behaald om reden dat apotheken niet in staat zijn de vooraankondiging conform versie 9.06 of hoger te ontvangen, dan volstaat dat de instelling kan aantonen dat zij in staat is de vooraankondiging wel conform deze versie te versturen.



Module B2 Patiënt & medicatie
Activiteiten die er toe leiden dat de ggz-instelling uiterlijk per 1 februari 2021 gestandaardiseerd digitaal een actueel overzicht van medicatie kan raadplegen als onderdeel van het medicatieproces en daar medicatieverificatie op uitvoert en ditzelfde overzicht aan de patiënt kan verstrekken bij ontslag.

Norm	Meetmethode
Het aantal geraadpleegde verstrekkinginformatie overzichten of complete actuele overzichten van medicatie, als onderdeel van het medicatieproces, is minimaal 40% van het aantal klinische patiënten dat de afgelopen 30 dagen is opgenomen	Rapportage A. Aantal patiënten dat in een periode van 30 dagen opgenomen zijn geweest. B. Percentage patiënten dat in de regio van de instelling toestemming heeft gegeven voor opvragen van medicatie (opt-in). C. Aantal klinische patiënten, die uit de regio komen waarvan een actueel overzicht van medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd mag worden binnen de instelling, die in een periode van 30 dagen opgenomen zijn geweest. D. Aantal klinische patiënten waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen. $A * B = C$ $D \geq (C * 40\%)$
Op 1 februari 2021 moet het aantal geraadpleegde verstrekkinginformatie overzichten of complete actuele overzichten van medicatie, als onderdeel van het medicatieproces, minimaal 10% zijn van het aantal ambulante patiënten dat in een periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ met een arts of een zorgverlener die bevoegd is om medicatie voor te schrijven.	Rapportage A. Aantal ambulante patiënten (incl. spoed) die in een periode van 30 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ met een medisch specialist (psychiater) of andere zorgverlener die bevoegd is om medicatie voor te schrijven. B. Percentage patiënten dat – regio – toestemming heeft gegeven voor opvragen van medicatie (opt-in). C. Aantal ambulante patiënten (incl. spoed), die uit de regio komen waarvan een actueel overzicht van medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd mag worden binnen de instelling, die in een periode van 30 dagen een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ. D. Aantal ambulante patiënten waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen. $A * B = C$ $D \geq (C * 10\%)$
Op 1 februari 2021 wordt het actuele overzicht van de medicatie digitaal aan de patiënt verstrekt bij ontslag uit de kliniek en is het overzicht gestandaardiseerd volgens de structuur zoals gedefinieerd in de informatiestandaard medicatieproces 9.06 of hoger.	Testpatiënt Beoordelen of een actueel overzicht van medicatie aangeboden kan worden aan de patiënt en of de informatie overeenkomt met de informatie in het EPD/EVS en conform de structuur van medicatieproces 9.06 of hoger.
Op 1 februari 2021 moet minimaal de standaard voor het registreren van medicatieafspraken in het EPD of EVS zijn geïmplementeerd en worden medicatie afspraken volgens deze standaard vastgelegd en, indien de patiënt daar expliciet toestemming voor geeft, beschikbaar gesteld voor raadpleging door andere zorgverleners.	Testpatiënt Beoordelen of medicatieafpraak wordt vastgelegd conform de standaard medicatie afspraak. Beoordelen of de medicatieafpraak is aangemeld op een regionaal of landelijk uitwisselingssysteem.

Module C1 Patiënt en eHealth
Activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 februari 2021 meer gebruik maken van e-health modules als onderdeel van de behandeling

Norm	Meetmethode
Minimaal 10% van de patiënten, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ bij de instelling, maakt aantoonbaar gebruik van een eHealth module ¹ .	Rapportage A: Aantal patiënten met een behandelcontact in de afgelopen 90 dagen B: Aantal patiënten dat aantoonbaar ² gebruik maakt van een eHealth module $B / A * 100\% = \text{minimaal } 10\%$
Er zijn tenminste drie onafhankelijk van elkaar opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor eHealthtoepassingen.	Rapportage De instelling kan de geleverde reviews aan de auditor laten zien. De reviews voldoen aan de richtlijnen die in het project voor de wegwijzer voor eHealthtoepassingen worden opgesteld.

¹ Een eHealth toepassing is onderdeel van de behandeling, de data die met de eHealth toepassing verzameld wordt, wordt gebruikt in het zorgproces. Het kan bijvoorbeeld gaan om (een combinatie van) instructies, vragenlijsten, virtual reality en bewegend beeld in interactie met de patiënt.

² Er is sprake van aantoonbaar gebruik als de patiënt minimaal 3 keer heeft ingelogd op de eHealth module of minstens 80% van de eHealth module doorlopen heeft.



Module C2
Activiteiten die ertoe leiden dat ggz-instellingen op 1 februari 2021 meer gebruik maken van eHealth modules als onderdeel van de behandeling en activiteiten die ertoe leiden dat op 1 februari 2021 gegevens die worden verzameld met eHealth modules getoond kunnen worden in het EPD.

Norm	Meetmethode
Minimaal 15% van de patiënten, die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact hebben gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ bij de instelling, maakt aantoonbaar gebruik van een eHealth module.	Rapportage A: Aantal patiënten met een contactmoment in de afgelopen 90 dagen B: Aantal patiënten dat aantoonbaar gebruik maakt van een eHealth module $B / A * 100\% = \text{minimaal } 15\%$
Op 1 februari 2021 kunnen instellingen door de patiënt verzamelde gegevens uit eHealth modules, tonen binnen het EPD	Testpatiënt De instelling kan aan de auditor laten zien dat gegevens vanuit eHealth modules getoond kunnen worden in het EPD.
De gegevens van minimaal 10% van alle patiënten die verzameld worden met een eHealth module en die een behandelcontact in het kader van Generalistische Basis GGZ of Gespecialiseerde GGZ hebben gehad, in een periode van 90 dagen, kunnen getoond worden binnen het EPD.	Rapportage A: Aantal patiënten dat de afgelopen 90 dagen een behandelcontact heeft gehad B: Aantal patiënten dat in de doelgroep (de patiënten waarbij de eHealthmodule binnen de behandeling worden ingezet) van de eHealth modules valt, waarvan de gegevens in het EPD getoond kunnen worden en die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact heeft gehad $B / A * 100\% = \text{minimaal } 10\%$
Er zijn tenminste drie onafhankelijk van elkaar opgestelde reviews door professionals geleverd aan de wegwijzer voor eHealthtoepassingen	Rapportage De instelling kan de geleverde reviews aan de auditor laten zien. De reviews voldoen aan de richtlijnen die in het project voor de wegwijzer voor eHealthtoepassingen worden opgesteld.

3.1.1 Authenticatieniveau

Het in dit handboek gebruikte authenticatieniveau substantieel is overgenomen van Europese eIDAS-Verordening (EU) 2014/910. Uiteindelijk moet het authenticatieniveau naar hoog, maar dit is bij publicatie van de regeling nog niet beschikbaar, daarom volstaat substantieel. Een omschrijving van de specificaties waar de authenticatie aan moet voldoen om substantieel te zijn, zijn omschreven in de uitvoeringsverordening 2015/1502 van de Europese Commissie. U kunt tevens meer informatie vinden op: <https://www.eherkenning.nl/inloggen-met-eherkenning/leveranciers>.

Op dit moment zijn in Nederland nog geen middelen op substantieel of hoog niveau breed beschikbaar. Wanneer deze middelen niet op tijd beschikbaar zijn, dient authenticatie plaats te vinden met tenminste tweefactorauthenticatie (zoals DigiD in combinatie met sms). Een lagere betrouwbaarheid is in ieder geval niet aanvaardbaar. Een voorbeeld hiervan is DigiD versterkt.

3.1.2 Standaarden voor digitale toegankelijkheid

Om ervoor te zorgen dat de medische informatie ook toegankelijk is voor mensen met een (visuele) beperking dient de instelling een analyse te maken hoe de digitale toegankelijkheidsnormen zo volledig mogelijk worden toegepast bij het systeem waarmee patiënten hun informatie naar zich toe kunnen halen en bij de inzet van e-health. Deze toegankelijkheidsnormen zijn vastgelegd in de Web Content Accessibility Guidelines (WCAG 2.0 niveau AA). De instelling maakt via een toegankelijkheidsverklaring op haar website kenbaar in welke mate zij aan de eisen voldoet. De toegankelijkheidsnormen en de model toegankelijkheidsverklaring zijn te vinden op de website www.digittoegankelijk.nl.

3.2 Onderzoekswijze

De IT-auditor voert zijn werkzaamheden in principe uit in lijn met geldende vaktechnische voorschriften. De IT-auditor is vanuit de privacywetgeving niet bevoegd om in het dossier van de patiënt te kijken of daadwerkelijk de relevante medische gegevens (gestandaardiseerd) zijn uitgewisseld met de patiënt of de zorgverlener. Daarom zal de methodiek bestaan uit twee onderdelen, testpatiënten en rapportages. De testpatiënt methodiek (fictieve patiënten met representatieve gegevens) wordt toegepast indien toetsing nodig is op individueel patiëntniveau. Bijvoorbeeld om de inhoud van de medische gegevensset die aan patiënten beschikbaar wordt gesteld te toetsen. De rapportage methodiek wordt toegepast indien toetsing nodig is op groepen patiënten. Bijvoorbeeld om de gebruikspercentages van een patiëntenportaal te meten of het aantal verzonden recepten. Algemene toets vereisten, zoals vermeld in dit handboek, en de matrix ondersteunen het consistent toetsen en rapporteren over de behaalde subsidiedoelstellingen.



3.2.1 Testpatiënten

De testpatiënt casussen worden ingevoerd in een omgeving die de productieomgeving zo goed als mogelijk benadert. In de toets worden een testpatiënt gebruikt waarmee de te toetsen onderdelen van de subsidiedoelstellingen kunnen worden vastgesteld.

Op basis van de normen moeten voor de testpatiënten de volgende gegevens minimaal te toetsen zijn:

- De patiënt heeft klinische en/of ambulante contacten (in het kader van de generalistische basis ggz of specialistische ggz);
- De patiënt heeft recente medische gegevens;
- De patiënt heeft gegevens ten aanzien van de zibs voor de ggz (zie bijlage 1 bij het Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3);
- De patiënt heeft medicatie voorgeschreven gekregen;
- De patiënt heeft uitgaande correspondentie, zoals een verwijfsbrief, eindbrief of evaluatiebrief;
- De patiënt heeft ROM-uitslagen

3.2.2 Systeem rapportages

De onderdelen die niet getoetst kunnen worden op basis van individuele testpatiënt casussen zullen worden getoetst aan de hand van rapportages uit het EPD/EVS en eventueel het patiëntenportaal. Dit is van toepassing voor het aantonen van de actuele patiënten en medicatie(regel) aantallen en het gebruik van het patiëntenportaal dan wel download. Het is de verantwoordelijkheid van het management van de ggz instelling dat deugdelijke rapporten beschikbaar zijn, die gebaseerd zijn op betrouwbare gegevens, documentatie, observaties of andere werkzaamheden ter onderbouwing van de rapportages.

Bij het beoordelen van de rapportages dient de IT-auditor de relevantie en betrouwbaarheid van de informatie die gebruikt zal worden als assurance-informatie in overweging te nemen. Het is mogelijk dat informatie die verkregen is uit één bron inconsistent is met de informatie verkregen uit een andere bron. Verder is het mogelijk dat de IT-auditor twijfels heeft over de betrouwbaarheid van informatie die voor de beoordeling wordt gebruikt. In die gevallen dient hij te bepalen welke aanpassingen of toevoegingen aan de werkzaamheden nodig zijn om de aangelegenheid op te lossen en dient hij het eventuele effect van de aangelegenheid op andere aspecten van de opdracht in aanmerking te nemen.

Module A: patiënt en informatie

- Het aantal patiënten dat in een periode van 30 dagen contact heeft gehad met de zorginstelling in het kader van de SGGZ of BGGZ.
- Het aantal unieke patiënten wat daadwerkelijk ingelogd heeft in het patiëntenportaal en/of gegevens heeft opgevraagd om te uploaden naar een PGO in een periode van 30 dagen

Module B: patiënt en medicatie

- Aantal ambulante patiënten (incl. spoed) die in een periode van 30 dagen zorgcontact hebben gehad;
- Aantal ambulante patiënten (incl. spoed), waarvan een actueel overzicht van medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd mag worden binnen de instelling, die in een periode van 30 dagen zorgcontact hebben gehad;
- Aantal klinische patiënten die in een periode van 30 dagen opgenomen zijn;
- Percentage patiënten dat toestemming heeft gegeven voor het opvragen van medicatie (opt-in), (dit kan door de IT auditor worden nagegaan bij VZVZ);
- Aantal klinische patiënten, waarvan een actueel overzicht van de medicatie of verstrekkinginformatie opgevraagd is, die in een periode van 30 dagen opgenomen zijn geweest;
- Aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen ontslagen is uit de instelling;
- Aantal klinische patiënten dat in een periode van 30 dagen ontslagen is uit de instelling en ontslagmedicatie kreeg voorgeschreven;
- Aantal ambulante patiënten (incl. spoed) waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen;
- Aantal klinische patiënten waarbij verstrekkinginformatie dan wel een compleet actueel overzicht van medicatie is geraadpleegd door de zorgverlener in een periode van 30 dagen;
- Aantal voorgeschreven receptregels (elektronisch+ niet elektronisch) in de instelling in een periode van 30 dagen;
- Aantal elektronisch voorgeschreven receptregels die elektronisch zijn verstuurd.

Module C: patiënt en eHealth



- Het aantal patiënten dat aantoonbaar gebruik³⁷ heeft gemaakt van een eHealth module tijdens de behandeling in een periode van 90 dagen;
- Het aantal patiënten dat een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ in een periode van 90 dagen;
- Aantal patiënten dat in de doelgroep (de patiënten waarbij de eHealthmodule binnen de behandeling worden ingezet) van de eHealth modules valt, waarvan de gegevens in het EPD getoond kunnen worden en die in de afgelopen 90 dagen een behandelcontact heeft gehad in het kader van de BGGZ of SGGZ.

3.2.3 Voorbereiding ggz instelling

De instelling moet bij aanvang van de toets de volgende zaken faciliteren:

- Inrichting van testpatiënten;
- Beschikbaarheid procesbeschrijvingen t.a.v. inzage medische gegevens
- Beschikbaarheid rapportage EPD/EVS;
- Beschikbaarheid rapportage download/patiëntenportaal;
- Beschikbaarheid rapportage gebruik eHealth toepassingen;
- Aanvullende door de instelling relevant geachte documentatie.

3.3 Uitvoering

Om de toetsen onderling zoveel mogelijk vergelijkbaar te laten zijn, zijn kernactiviteiten opgesteld voor het uitvoeren van de toets.

Ggz instelling

De ggz instelling kan de VIPP GGZ toets aan de hand van dit handboek door een Register EDP-Auditor [RE] laten uitvoeren. Aan de hand van de normen moet de instelling de techniek, functionaliteit en output van de desbetreffende systemen laten toetsen.

IT-Auditor

Om de VIPP GGZ resultaten en procedures te beoordelen voert de auditor in lijn met vaktechnische voorschriften van de NOREA de volgende stappen uit:

- De onafhankelijke auditor informeert zich over de te beoordelen instelling: organisatiestructuur, omvang, locatie(s), IT-omgeving, zorgprocessen, enzovoort om begrip van de organisatie te krijgen. De auditor gebruikt o.a. het jaarverslag, het organogram en eventueel verkennende gesprekken met stakeholders in de instelling.
- De auditor is bekend met 'Besluit vaststelling beleidsregels subsidiëring Versnellingsprogramma Informatie-uitwisseling Patiënt en Professional fase 3', de normen en meetmethodes zoals vermeld in de beoordelingsmatrix en dit handboek.
- De auditor verkent de behaalde resultaten van een instelling door gebruik te maken van verschillende bronnen. Deze zijn soms expliciet als formeel document aanwezig en soms impliciet. Het laatste blijkt dan uit een of meerdere interviews, handelingen of uit systeemfunctionaliteit.
- De auditor beschrijft vanuit deze verkenning uit te voeren deelwaarnemingen, te inspecteren documenten en indien nodig aanvullende interviews.
- De auditor voert het veldwerk uit. De resultaten van (deel)waarnemingen (bevindingen) worden indien mogelijk door de auditor direct teruggekoppeld en bevestigd door zowel de auditee als de auditor om latere discussie te vermijden. Als formele interviewverslagen worden gemaakt worden deze op basis van het 'hoor-en-wederhoor' principe ter afstemming aan de gespreksdeelnemers aangeboden.
- De auditor beoordeelt de huidige situatie van de instelling t.a.v. de te toetsen VIPP GGZ module(s) door elk normelement van de aangevraagde module te beoordelen met behulp van de beoordelingsmatrix.
- Aan de hand van de normelementen, de aangeleverde documentatie en het werkbezoek eventueel aangevuld met extra bewijsmateriaal volgt de auditor bij het beoordelen van de behaalde resultaten de beoordelingsmatrix en voert bij elk onderdeel de volgende stappen uit:
 - Gaat na of de instelling voor het normelement de relevante onderdelen heeft geïmplementeerd en gebruikt;
 - Gaat na of sprake is van niet geïmplementeerde doelstellingen zonder argumentatie;
 - Gaat na of het behaalde resultaat waarneembaar en verifieerbaar is (middels interviews, waarnemingen, documenten). De auditor:
 - brengt dan in beeld welk (deel van) het element/ criterium van toepassing is;
 - brengt in beeld welke onderdelen van toepassing zijn;

³⁷ Er wordt aantoonbaar gebruik gemaakt van een eHealth module als de patiënt tenminste drie keer heeft ingelogd in de eHealth-module of 80% van de eHealth module heeft doorlopen.



- toetst aan de hand van het bewijsmateriaal of en in welke mate aan de betreffende norm (of onderdelen daarvan) wordt voldaan waarbij de beoordelingsmatrix als uitgangspunt wordt genomen.
 - Gaat na of sprake is van mogelijke tekortkomingen en zo ja op welk gebied;
 - Koppelt de bevindingen terug indien dat het geval is;
 - Legt het resultaat vast door middel van een Assurance-rapportage;
 - Meldt in de rapportage eventueel waargenomen tekortkomingen.
 - De auditor scoort het resultaat/ de bevindingen volgens de beoordelingsmatrix
- Aandachtspunten:
- De auditor zal eventuele tegenstrijdigheden in documentatie, interviews, waarnemingen en/of door het ontbreken van documenten in eerste instantie trachten op te lossen of tenminste te verklaren.
 - Uitvoering van verbeterpunten en opvolging van tekortkomingen kunnen in een (eventuele) volgende toets worden getoetst.

3.4 Rapportage

De specifieke bevindingen en conclusies over de huidige situatie ten aanzien van de VIPP GGZ doelstellingen van een ggz instelling zullen door de IT-auditor worden teruggekoppeld in de beoordelingsmatrix aan de ggz instelling.

Als eindverslag van de VIPP GGZ dient door de ggz instelling de rapportage van het VIPP-assessment te worden overlegd, inclusief het oordeel van de IT-auditor. De ggz instelling dient dit vervolgens in bij VWS in te dienen ter verantwoording op de verkregen subsidiegelden.

bijlage 1: verplichte zibs

Zie bijlage 1 van **BIJLAGE BIJ HET BESLUIT VASTSTELLING BELEIDSREGELS SUBSIDIËRING VERSNELLINGSPROGRAMMA INFORMATIE-UITWISSELING PATIËNT EN PROFESSIONAL FASE 3**

Bijlage 2: definities

Zie Hoofdstuk 1 van **BIJLAGE BIJ HET BESLUIT VASTSTELLING BELEIDSREGELS SUBSIDIËRING VERSNELLINGSPROGRAMMA INFORMATIE-UITWISSELING PATIËNT EN PROFESSIONAL FASE 3**