

Businessplan VZVZ 2013-2016

Versie: 1.2
Datum: 12 oktober 2012

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
Samenvatting	5
1 Inleiding	11
2 Het LSP: verleden, heden en toekomst	12
2.1 <i>Het verleden van het LSP: VWS stuurt de EPD ontwikkeling aan.....</i>	<i>12</i>
2.1.1 Het NSOB rapport “Het EPD voorbij?.....	12
2.1.2 Tijdlijn	12
2.1.3 Leerpunten	15
2.1.3.1 Het EPD is niet wat het is	15
2.1.3.2 Partijen handelen vanuit verschillende modellen.....	15
2.1.3.3 Het EPD leert ons niet over het verleden maar over de toekomst.....	16
2.1.3.4 De politiek is nooit ver weg.....	16
2.1.3.5 Onrealistische beloften en verwachtingen	16
2.2 <i>Het heden: De zorgaanbieders nemen het initiatief.....</i>	<i>17</i>
2.2.1 Tijdlijn	17
2.2.2 Integratie SCZ met VZVZ.....	19
2.2.3 Leerpunten	19
2.2.3.1 Geld speelt een rol	19
2.2.3.2 Leveranciers zijn van belang	20
2.2.3.3 Alternatieve oplossingen verlagen het gevoel van urgentie	20
2.2.3.4 Onduidelijkheid creëert afwachtendheid.....	20
2.3 <i>De toekomst: Acceptatie en gebruik door zorgaanbieders en patiënten.....</i>	<i>21</i>
2.3.1 Wat is het Landelijk Schakelpunt (LSP) en welke functionaliteit biedt het?.....	21
2.3.2 De inhoudelijke toekomstvisie	22
2.3.3 De visie op de veranderaanpak	23
2.3.3.1 Missie	24
2.3.3.2 Kernwaarden.....	24
2.3.4 Inspelen op de leerpunten.....	25
3 Extern perspectief.....	27
3.1 <i>Trendanalyse.....</i>	<i>27</i>
3.1.1 Conclusies uit de trendanalyse	29
3.2 <i>Analyse van alternatieve oplossingen</i>	<i>30</i>
3.2.1 Conclusies uit de omgevingsanalyse	31
3.3 <i>Behoeftanalyse</i>	<i>32</i>
3.3.1 Behoeften van zorgaanbieders	32
3.3.1.1 Algemeen	32
3.3.1.2 Wat gaat er mis als het LSP zou verdwijnen?	32
3.3.1.3 Behoeften van huisartsen en huisartsenposten	33
3.3.1.4 Behoeften van zorggroepen	35
3.3.1.5 Behoeften van apotheken.....	36
3.3.2 Behoeften van patiënten	39
3.3.2.1 Patiëntveiligheid	39
3.3.2.2 Informatievoorziening onafhankelijk van tijd en plaats.....	39
3.3.2.3 Heldere randvoorwaarden	39
3.3.2.4 Het creëren van een gestandaardiseerde basis voor zelfzorg en zelfmanagement.....	39
3.3.3 Behoeften van zorgverzekeraars.....	40
3.3.3.1 Een veilige en gestandaardiseerde infrastructuur voor uitwisseling tussen zorgaanbieders.....	40
3.3.3.2 Niet dubbel betalen.....	40
3.3.3.3 Een basis voor innovaties met eHealth en zelfmanagement	40
3.3.3.4 Een basis voor nieuwe uitwisselingsbehoeften.....	40
3.3.4 Conclusies uit de behoefteanalyse	40

4	Marktstrategie.....	41
4.1	<i>Thematische marktontwikkeling</i>	<i>41</i>
4.1.1	Thema 1: Veilige en efficiënte waarneming in de huisartsenzorg	44
4.1.1.1	Beschrijving thema	44
4.1.1.2	Maatschappelijk nut	44
4.1.1.3	Benodigde productontwikkeling	44
4.1.1.4	Marktbenadering	45
4.1.2	Thema 2: Veilige en efficiënte medicatie.....	47
4.1.2.1	Beschrijving thema	47
4.1.2.2	Maatschappelijk nut	47
4.1.2.3	Benodigde productontwikkeling	48
4.1.2.4	Marktbenadering	48
4.1.3	Thema 3: Veilige en optimale spoedzorg	51
4.1.3.1	Beschrijving thema	51
4.1.3.2	Maatschappelijk nut	51
4.1.3.3	Benodigde productontwikkeling	51
4.1.3.4	Marktbenadering	53
4.1.4	Thema 4: Efficiëntie en gemak voor zorgaanbieders.....	54
4.1.4.1	Het verhuisbericht voor huisartsen.....	54
4.1.4.1.1	Beschrijving	54
4.1.4.1.2	Benodigde productontwikkeling.....	54
4.1.5	Thema 5: Verhogen van betrokkenheid en eigen regie van patiënten.....	56
4.1.5.1	Beschrijving van het thema	56
4.1.5.2	Maatschappelijk nut	57
4.1.5.3	Benodigde productontwikkeling	57
4.1.6	Thema 6: Een veilige (spoed)keten voor de geboortezorg	58
4.1.6.1	Beschrijving thema	58
4.1.6.2	Maatschappelijk nut	58
4.1.6.3	Benodigde productontwikkeling	59
4.1.7	Thema 7: Efficiënte gegevensoverdracht in de Jeugdgezondheidszorg	60
4.1.7.1	Beschrijving thema	60
4.1.7.2	Maatschappelijk nut	60
4.1.7.3	Benodigde productontwikkeling	61
4.1.8	Thema 8: Ondersteuning van ketenzorg	62
4.1.8.1	Beschrijving thema	62
4.1.8.2	Maatschappelijk nut	62
4.1.8.3	Benodigde productontwikkeling	62
4.2	<i>Regionalisatie.....</i>	<i>64</i>
4.3	<i>Belangrijkste stakeholders.....</i>	<i>64</i>
4.4	<i>Fasering</i>	<i>67</i>
4.5	<i>Ambitieniveau aansluitingen en gebruik LSP.....</i>	<i>68</i>
	De technologische doorontwikkeling van het LSP	69
5		69
5.1	<i>Van schakelpunt naar schakelplatform.....</i>	<i>69</i>
5.1.1	Huidige situatie	69
5.1.2	Interne ontwikkelingen	69
5.1.3	Externe ontwikkelingen	69
5.1.4	Lokaal of landelijk	69
5.1.5	Lokaal én landelijk	70
5.1.6	Platform	70
5.2	<i>De ontwikkeling van de UZI-middelen</i>	<i>71</i>
5.2.1	De technologische doorontwikkeling	71
5.2.2	Gastgebruik	72
6	Interne organisatie en governance	73
6.1	<i>Juridische structuur en governance</i>	<i>73</i>

6.2	<i>De Stichting Derdengelden VZVZ</i>	75
6.3	<i>Organisatiestructuur</i>	75
6.4	<i>De overgang van het SCZ vanuit Nictiz naar de VZVZ</i>	75
6.5	<i>Verhouding tot de regio's</i>	76
6.6	<i>Kostenontwikkeling</i>	77
7	Financiering	78
8	Risicoanalyse	81
8.1.1	Risico inventarisatie	81
8.1.2	Risico beperkende maatregelen.....	82
	Bijlage A – Onderzoeken naar de Maatschappelijke Business Case voor het LSP	85
	Bijlage B – Lijst HDSsen en hun LSP gebruik	89
	Bijlage C - Lijst van Afkortingen	92

Samenvatting

Het businessplan van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) beschrijft hoe de VZVZ de infrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP) zal exploiteren, doorontwikkelen en inzetten voor het verbeteren van de gezondheidszorg in Nederland.

Voorgeschiedenis

Het LSP en zijn voorloper - het landelijk Elektronisch Patiëntendossier (EPD)- kennen een lange en veelbewogen geschiedenis. Meer dan vijftien jaar is gewerkt aan een landelijk EPD. Eerst op basis van initiatief uit het zorgveld zelf. Rond 2000 concludeerde de toenmalige minister van VWS dat er meer aansturing nodig was vanuit de overheid. Nictiz werd in 2002 opgericht en ontwikkelde de AORTA-architectuur met bijbehorende criteria voor een Goed Beheerd Zorgsysteem, de toegangsbeveiliging met de UZI-pas en het LSP. Maar de daadwerkelijke implementatie van het LSP liep vertragingen op. Onder druk van de Tweede Kamer is VWS verzocht de regie zelf ter hand te nemen en de implementatie top-down aan te sturen. De Wet op het EPD, die het gebruik van het LSP af moest dwingen door de verplichte aansluiting van zorgaanbieders, zou hierbij een cruciale rol spelen. Inmiddels groeide de weerstand tegen het EPD bij zorgaanbieders. Deels gevoed door de top-down benadering die ten koste ging van het eigenaarschap, deels gevoed door de te korte inschatting van de implementatieduur. Ook de privacyaspecten leidden tot aanhoudende maatschappelijke en politieke discussies. Uiteindelijk verwierp de Eerste Kamer in 2010 de Wet op het EPD.

Ontstaan VZVZ

In 2011 heeft VWS besloten om over te gaan tot afbouw van de medewerking aan het LSP. Op initiatief van Nictiz vonden er vervolgens gesprekken plaats met de koepels van betrokken zorgaanbieders (KNMP, LHV, VHN en NVZA) over een private doorstart met de ontwikkelde LSP infrastructuur. Voor de financiering zijn de koepels in gesprek gegaan met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) die daarop aangaf het gebruik van de landelijke infrastructuur te willen stimuleren via de contractering. Dit leidde eind 2011 tot de oprichting van de VZVZ als verantwoordelijke voor de gegevensverwerking in de zin van de Wbp en opdrachtgever aan het Servicecentrum voor Zorgcommunicatie dat zich bezig zou gaan houden met het organiseren van de vraagzijde. CBP en de Tweede Kamer gaven groen licht voor de doorstart, op voorwaarde dat zowel de opt-in registratie (de registratie van de expliciete toestemming van de patiënt voor het beschikbaar stellen van zijn gegevens) en de regionalisatie van het LSP gerealiseerd zou worden. Medio 2012 is de implementatie van de opt-in technologisch afgerond en is een opzet van de regionalisatie gemaakt die naar verwachting in de tweede helft van 2012 wordt geïmplementeerd. Gedurende het jaar 2012 werd duidelijk dat een structurele meerjarige financiering van het LSP een belangrijke voorwaarde is voor het exploiteren en ontwikkelen van zo'n infrastructuur. Dit businessplan dient onder andere als basis voor het gesprek tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over deze financiering.

Toekomstvisie

De missie van de VZVZ is: **Het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid, efficiëntie en patiëntbetrokkenheid van de gezondheidszorg door het stimuleren en faciliteren van beveiligde en gestandaardiseerde elektronische uitwisseling van medische gegevens.**

De uitdaging is om het oorspronkelijke beeld van het LSP (van bovenaf opgelegd doel op zich) om te buigen naar een oplossing voor een concrete problemen in de gezondheidszorg, dat duidelijke voordelen oplevert voor zorgaanbieders en patiënten. De VZVZ zal het LSP aanbieden en ontwikkelen als een oplossing voor zorgaanbieders die veilig en gestandaardiseerd willen samenwerken. Het uitgangspunt is hierbij dat zorgaanbieders zelf op basis van vrijwilligheid beslissen of zij gebruik maken van het LSP. De VZVZ is er daarbij van overtuigd dat er grote kansen liggen voor het LSP, omdat de behoefte aan veilige en gestandaardiseerde berichtenuitwisseling tussen zorgaanbieders alleen maar zal toenemen. Als de VZVZ er daarbij in slaagt de zorgen rondom beveiliging en privacy weg te nemen en aan te sluiten op de stijgende behoefte bij patiënten om de regie te hebben over hun eigen gezondheidsdossier, dan kan het LSP zich ontwikkelen tot een standaardvoorziening voor zorgaanbieders en patiënten.

Marktstrategie

De VZVZ heeft zich in 2012 met name gericht op regio's in het land die zelf het initiatief namen om (weer) aan de slag te gaan met het LSP. Om de doelstellingen van groeiend gebruik van het LSP te realiseren, zal de VZVZ de komende jaren een activerende en stimulerende houding innemen te opzichte van de zorgaanbieders. Daarbij zullen de koepels van zorgaanbieders hun steun verlenen als de condities gecreëerd zijn voor succesvolle implementaties; de LSP oplossingen moeten natuurlijk in de praktijk wel goed werken.

Vanuit de visie dat het LSP geen doel op zich is, maar een middel om de kwaliteit, veiligheid en efficiëntie van de gezondheidszorg te verbeteren, haakt de VZVZ aan bij voor zorgaanbieders en patiënten belangrijke thema's waar een veilige gegevensuitwisseling een positieve bijdrage aan kan leveren. Dit zijn:

1. Veilige en efficiënte waarneming in de huisartsenzorg.
2. Veilige en efficiënte medicatie.
3. Veilige en optimale spoedzorg.
4. Efficiëntie en gemak voor zorgaanbieders.
5. Verhogen van betrokkenheid en eigen regie van patiënten.
6. Een veilige (spoed)keten voor de geboortezorg.
7. Efficiënte gegevensoverdracht in de jeugdgezondheidszorg.
8. Ondersteuning van de ketenzorg.

De ontwikkeling van het LSP en de marktbenadering door de VZVZ gaat uit van 3 plateau's:

- *Ia – Het creëren van de basis gegevensuitwisseling*
De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders via het LSP is pas effectief als de belangrijkste basisgegevens over een patiënt kunnen worden uitgewisseld tussen samenwerkende zorgaanbieders. De basis hiervoor is het dossier van de huisarts en van de apotheken. Pas als deze basis goed gevuld is, kunnen ketenorganisaties, ziekenhuizen en patiëntendossiers gevoed worden met informatie. Daarom ligt de eerste jaren de nadruk op het goed gevuld krijgen van deze basis. Daarbij hoort ook het betrekken van de patiënt bij de gegevensuitwisseling en het aantrekkelijker maken van het LSP gebruik door bijvoorbeeld het ondersteunen van dossieroverdracht bij het verhuizen van patiënten en het makkelijker maken van het gebruik van de UZI middelen.

Een belangrijke mijpaal binnen dit plateau is het bereiken van een zo volledig mogelijke uitwisseling via het LSP, waardoor OZIS kan worden vervangen. Het is de bedoeling om OZIS stapsgewijs uit te faseren; eerst voor de huisartswaarneming, daarna voor de medicatiegegevens en dan voor de ketenberichten.

- *Ib – Het benutten van de LSP technologie*
Een aantal thema's hebben de basisgegevens van huisartsen en apotheken (vooralsnog) niet nodig. De beoogde uitwisselingen in de Perinatale Zorg en de Jeugd Gezondheidszorg zijn hier voorbeelden van. Deze uitwisselingen hebben vooral behoefte aan de technologie van de LSP infrastructuur. Deze uitwisselingen hoeven dus niet te wachten tot de basis gegevensuitwisseling op gang is gekomen, maar kunnen eerder van start.
- *II – Het voortbouwen op de basis gegevensuitwisseling*
Als de basis eenmaal gelegd is en er een behoorlijke vulling is bereikt van huisartsgegevens en medicatiegegevens, dan kan het LSP gaan dienen als een platform waarop allerlei nieuwe innovaties tot stand kunnen komen. We kunnen dan denken aan het doorontwikkelen van medicatiebewaking, het ondersteunen van de spoedketen, het voeden van persoonlijke gezondheidsdossiers van patiënten en het faciliteren van eHealth programma's.

Onderstaand schema toont de fasering van de genoemde plateau's en thema's in de tijd:

Thema	Onderdeel	2013				2014				2015				2016			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Veilige en efficiënte waarneming in de huisartsenzorg					1											
2	ICA							2									
	Medicatie begeleidend apotheker																
	Labwaarden																
	Reden van voorschrijven																
	Elektronisch voorschrift / Elektronisch recept																
	Wijzigingen op voorschriften																
3	eSpoed																
	Uitbreiding																
4	Verhuisbericht HA																
	Tussenoplossing																
	UZI alternatief																
5	LSP portaal																
	Koppeling PGD																
6	Spoed bericht																
	Uitbreiding																
7	Efficiënte																

Thema	Onderdeel	2013	2014	2015	2016
gegevensoverdracht in de Jeugdgezondheidszorg					
8 Ondersteuning ketenzorg	Ketenbericht				
	Tussenoplossing			3	
Legenda					
Plateau Ia: Het creëren van de basis gegevensuitwisseling					
Plateau Ib: Het benutten van de LSP technologie					
Plateau II: Het voortbouwen op de basis gegevensuitwisseling					
Ontwikkeling standaarden door Nictiz					
Analyse en ontwikkeling LSP infrastructuur					
Ontwikkeling XISsen					
Regionale implementatie, pilots, uitrol					
Gebruik op grote schaal					

1: Streefdatum voor het uitfasen van OZIS voor huisartswaarneminggegevens.

2: Streefdatum voor het uitfasen van OZIS voor medicatiegegevens.

3: Streefdatum voor het uitfasen van OZIS voor ketenberichten.

Voor het realiseren van deze fasering is de VZVZ sterk afhankelijk van de ontwikkeling door de leveranciers van systemen voor zorgaanbieders. De VZVZ streeft ernaar om de ontwikkelagenda goed af te stemmen met deze XIS-leveranciers, o.a. door hen te betrekken in de governance van de VZVZ. Met deze leveranciers is de ambitie voor het uitfasen van OZIS besproken en deze ambitie wordt door de leveranciers binnen de stichting OZIS gedeeld.

Ambitieniveau LSP aansluitingen en gebruik

Voor de effectieve werking van het LSP is het van groot belang dat het systeem door het overgrote deel van de zorgaanbieders wordt gebruikt. Verzekeraars maken hun financiering hier voor een belangrijk deel van afhankelijk. Onderstaande tabel geeft de percentages aan voor het aantal aansluitingen en de mate van gebruik die minimaal gehaald moeten worden aan het einde van het betreffende jaar. Het gebruik wordt voor huisartsen en apotheken gemeten in termen van het aantal aangemelde patiëntendossiers. Bij huisartsenposten wordt het gebruik gemeten in termen van het aantal waarnemingretourberichten in verhouding tot het aantal bezoeken aan de huisartsenpost.

	2013	2014	2015
Huisartsen			
• Aangesloten huisartsen	70%	90%	95%
• Aangemelde patiëntendossiers	50%	70%	90%
Huisartsenposten			
• Aangesloten huisartsenposten	90%	100%	100%
• Waarnemingretourberichten/bezoek	50%	70%	90%
Apotheken			
• Aangesloten apotheken	70%	90%	95%
• Aangemelde patiëntendossiers	50%	70%	90%
Ziekenhuizen			
• Aangesloten ziekenhuizen	30%	70%	90%

Ongeveer 30% van de patiënten is chronisch ziek of een kwetsbare oudere. Deze groep bezoekt frequent verschillende zorgaanbieders. Het is dan ook de bedoeling om deze groep als eerste aan te melden. Deze 30% maakt dan ook deel uit van de 50% aangemelde patiëntendossiers die eind 2013 gerealiseerd moet zijn.

Als de genoemde percentages worden gerealiseerd, dan is het mogelijk om OZIS per 1 januari 2014 voor de huisartswaarneming te vervangen door het LSP en per 1 juli 2014 voor de medicatiegegevens. Met de leveranciers in de Stichting OZIS zijn afspraken gemaakt om dan OZIS te laten opvolgen door het LSP.

Kosten

De kostenontwikkeling van de exploitatie en doorontwikkeling van het LSP is begroot op een bedrag rondom de €10 miljoen per jaar. Onderstaande tabel geeft inzicht in de kostenopbouw.

x €1.000,- incl. BTW	2013	2014	2015	2016
LSP-platform	3.491	4.072	4.223	4.500
Ketendiensten	1.615	2.045	2.185	2.300
Klantenloket	620	620	620	620
Bureaukosten	950	1.000	1.000	1.000
Extra marketingkosten	300	300	200	0
Onvoorziene kosten	250	250	250	250
Doorontwikkeling (projecten)	2.000	2.000	2.000	1.500
Totaal	9.226	10.287	10.478	10.170

Een voorwaarde om dit kostenniveau te bereiken is, dat in 2012 nog een afschalingsproject wordt uitgevoerd om tot een goedkopere infrastructuur te komen. Dit project kost €550.000,- en kan afhankelijk van de startdatum nog doorlopen in 2013, waardoor het beoogde lage kostenniveau later wordt bereikt.

Financiering

Verzekeraars, zorgaanbieders en de VZVZ hebben voor de jaren 2013 t/m 2015 en financieringsmodel uitgewerkt met vier componenten:

1. De **Centrale LSP voorziening**. Dit betreft de exploitatie en doorontwikkeling van het LSP. Deze kosten worden centraal vergoed aan de VZVZ op basis van een mede door verzekeraars goedgekeurde jaarbegroting. Een voorwaarde voor de continuering van deze financiering is dat het LSP ook daadwerkelijk in gebruik genomen wordt door de zorgaanbieders.
2. De **eenmalige (regionale) implementatiekosten**. Dit betreft eenmalige projectkosten die groepen van samenwerkende zorgaanbieders moeten maken om gezamenlijk het LSP in gebruik te nemen. Hiervoor wordt voor 2013 en 2014 een centraal financieringsfonds beschikbaar gesteld van waaruit de VZVZ aan groepen samenwerkende zorgaanbieders een vergoeding kan geven op basis van een opgesteld en gerealiseerd implementatieplan.
3. De **eenmalige decentrale kosten**. Dit zijn de kosten die individuele zorgaanbieders moeten maken om aan te sluiten (aanvraag UZI-passen, opt-in, etc.). Deze kosten worden op basis van een vooraf vastgesteld normbedrag uitgekeerd aan zorgaanbieders op het moment dat ze zich hebben aangesloten op het LSP.

4. De **structurele decentrale kosten**. Dit zijn de kosten die individuele zorgaanbieders jaarlijks moeten maken voor hun LSP aansluiting (kosten XIS communicatiemodules, extra beheerskosten, UZI-passen, etc.). Deze kosten worden vergoed op basis van daadwerkelijk gebruik van het LSP.

Governance en organisatie

Er zijn veel partijen betrokken bij de VZVZ en het LSP. De governance van de VZVZ wordt zo ingericht dat deze partijen allen goed tot hun recht komen en adequaat betrokken worden bij de implementatie en doorontwikkeling van het LSP.

Het Servicecentrum voor Zorgcommunicatie (SCZ), nu nog onderdeel van Nictiz, zal juridisch gekoppeld worden aan de VZVZ, waarna de VZVZ en het SCZ als één geïntegreerde organisatie zullen optreden.

1 Inleiding

Voor u ligt het businessplan van de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ). Het businessplan beschrijft hoe de VZVZ op een rendabele manier de infrastructuur van het Landelijk Schakelpunt (LSP) zal exploiteren en inzetten voor het verbeteren van de gezondheidszorg in Nederland.

In dit businessplan wordt er van uitgegaan dat de VZVZ en het Servicecentrum voor Zorgcommunicatie (SCZ) een organisatorische en bestuurlijke eenheid zijn. Dit businessplan is daarmee ook het businessplan van het SCZ. Waar in dit plan de term VZVZ wordt gebruikt, is dat bedoeld inclusief het SCZ.

Het businessplan heeft verschillende doelen. Het is de leidraad voor het handelen en de activiteiten van de VZVZ voor de komende jaren en heeft daarmee ook een intern communicatiedoel. Het is tevens een document dat gebruikt wordt in de communicatie met alle externe stakeholders, zoals (koepels van) zorgaanbieders, gebruikersverenigingen en leveranciers van XISsen, patiëntenvertegenwoordigers, VWS en toezichthoudende instanties zoals het CBP. Tenslotte is het businessplan een belangrijk document in de bespreking met de financiers van het LSP gebruik. Aan de zorgverzekeraars is gevraagd om de komende jaren het gebruik van het LSP mogelijk te maken door te voorzien in een structurele financieringsregeling.

Het LSP kent een lange en veelbewogen geschiedenis. Hoofdstuk 2 beschrijft deze geschiedenis en trekt lessen uit het verleden. Op basis van deze lessen wordt de toekomstvisie van de VZVZ op het LSP beschreven. De essentie is dat het LSP een privaat product is geworden dat in de dynamiek van de markt, waarin ook andere alternatieven aanwezig zijn, haar bestaansrecht moet bewijzen. In hoofdstuk 3 wordt de markt geanalyseerd waarbinnen de VZVZ en het LSP opereren. Hoofdstuk 4 beschrijft de strategie waarmee de VZVZ in deze markt succes denkt te boeken; hoe positioneert de VZVZ het LSP, op welke wijze zal de markt worden benaderd en tot welke omzetverwachtingen leidt dat. Hoofdstuk 5 beschrijft de beoogde technologische doorontwikkeling van het LSP. Hoofdstuk 6 beschrijft het interne perspectief; de governance, de organisatiestructuur en de daarmee samenhangende kosten. Hoofdstuk 7 gaat in op de wijze waarop het LSP zal worden gefinancierd. Hoofdstuk 8 bevat tenslotte een risicoanalyse en een overzicht van de maatregelen die de VZVZ zal nemen om de risico's te beheersen.

2 Het LSP: verleden, heden en toekomst

Het LSP en zijn voorloper - het landelijke EPD - kennen een lange en veelbewogen geschiedenis. Meer dan vijftien jaar wordt er al gewerkt aan het tot stand komen van een landelijk EPD, op basis van een Landelijk SchakelPunt (LSP). Desondanks is het landelijk EPD niet tot stand gekomen en wordt het LSP slechts zeer beperkt gebruikt door zorgaanbieders.

Dit hoofdstuk gaat in §2.1 in op het *verleden* van het LSP vanaf 2002 tot 2011; de periode van het landelijke EPD project onder regie van VWS. Daarna gaat §2.2 in op het *heden*; de periode vanaf de doorstart eind 2012 van het LSP onder regie van de koepels LHV, VHN, KNMP en NVZ, verenigd in de VZVZ. Tenslotte beschrijft §2.3 de *toekomstvisie* van de VZVZ op de ontwikkeling van het LSP. Hierbij worden ook zoveel mogelijk lessen getrokken uit de ervaringen tot nu toe.

2.1 Het verleden van het LSP: VWS stuurt de EPD ontwikkeling aan

2.1.1 Het NSOB rapport “Het EPD voorbij?”

Het NSOB (Nederlandse School voor Openbaar Bestuur) heeft in opdracht van het ministerie van VWS de besluitvorming geëvalueerd in de periode vanaf de oprichting van Nictiz op 1 januari 2002 tot het verwerpen van de Wet op het EPD door de Eerste Kamer op 4 april 2011. Deze evaluatie is vastgelegd in het rapport “Het EPD voorbij? – Evaluatie Besluitvormingsproces Kaderwet Elektronische Zorginformatie-uitwisseling”. Dit rapport bevat een uitgebreide beschrijving van de totstandkoming van het EPD project, al vanaf de eerste initiatieven van minister Borst-Eilers op 27 januari 1996. Het rapport is aanbevolen lectuur voor iedereen die zich een beeld wil vormen van het verleden van het LSP/EPD en van de lessen die daaruit kunnen worden getrokken. In deze paragraaf gaan we noodgedwongen met zevenmijlslaarzen door de geschiedenis en beperken we ons tot een summiere samenvatting en tot de belangrijkste leerpunten die het rapport geeft.

2.1.2 Tijdlijn

Uit de eerste initiatieven van minister Borst-Eilers in 1996 komen initiatieven voort als het zorgpas initiatief en de Eemland pilot. Het initiatief ligt in eerste instantie vooral bij het zorgveld zelf en er worden platforms opgericht zoals VIZI (Stichting Virtuele Integratie Zorg Informatie) en IPZorg (ICT Platform in de Zorg). Voor de ontwikkeling van standaarden is door de koepels van zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars al het CSIZ (Coördinatiepunt voor Standaardisatie Informatievoorziening en de Zorgsector) opgericht.

In 2000 komt de minister tot de conclusie dat er meer regie nodig is vanuit VWS en in 2001 acht de minister het van belang dat de vier gesubsidieerde organisaties CSIZ, de Zorgpasgroep, VIZI en IPZorg de krachten bundelen. Dit leidt tot de oprichting van Nictiz op 1 januari 2002 als een neutrale organisatie, gesubsidieerd door VWS.

Nictiz ontwikkelt de eerste jaren de AORTA architectuur, criteria voor een Goed Beheerd Zorgsysteem, toegangsbeveiliging op basis van UZI (Unieke Zorgverlener Identificatie) en het LSP (Landelijke Schakelpunt). Bovenop deze architectuur worden in overleg met de betreffende zorgaanbieders standaarden ontwikkeld, met als speerpunten de uitwisseling van huisartswaarneemgegevens en medicatiegegevens. De aanvankelijke ambitie is op het EPD per 1 januari 2006 te implementeren. Al snel blijkt dat dit

onhaalbaar is. Eerst wordt de invoeringsdatum een maand opgeschoven, maar al snel wordt de vertraging ingeschat op een jaar.

Op 12 september 2005 maakt VWS de start om te komen tot een nieuwe wet op het EPD met als doel om de wet in werking te laten treden op 1 januari 2007. Deze wet dient o.a. te leiden tot het daadwerkelijk afdwingen van het gebruik van het EPD door zorgverleners.

Onder druk van de Tweede Kamer wordt “de regering verzocht de regie op de ontwikkeling van het EPD zelf ter hand te nemen en de zaken top down aan te sturen” (Citaat uit de motie van Koser Kaya van november 2005).

In mei 2008 stuurt Nictiz een notitie naar de minister ten behoeve van de Tweede Kamer met een toekomstvisie en een implementatieagenda: “ICT in de Zorg – Resultaten, ontwikkelingen en agenda”. De mijlpalen die het rapport anno mei 2008 weergeeft zijn:

- Volledige invoering EMD/WDH in 2010.
- Volledige invoering rest Basis-EPD (ook aansluiting specialisten, ambulance, paramedici, verpleegkundigen, spoedeisende hulp, laboratoria, care-sector, perinatale zorg, inclusief toegang van patiënten tot het Basis-EPD) in 2013.
- Volledige invoering Diseasemanagement (ketens) en preventie met EPD in 2014.

Het landelijk EPD is 1 november 2008 van start gegaan. Vooruitlopend op de parlementaire goedkeuring is in het najaar van 2008 een landelijke campagne gestart om het EPD te introduceren bij het publiek. De betreffende wetgeving, wel aangehaald als de EPD-wet, is in maart 2009 aangenomen door de Tweede Kamer.

Een constatering is dat VWS voortdurend met te onrealistische invoerdata komt en de implementatieduur onderschat. Dit leidt tot steeds meer druk vanuit de kamer voor snel en top down doorpakken en de regie nemen. Dit vertaalt VWS door naar Nictiz. We zien dat de zaken die binnen de invloed vallen van Nictiz zelf redelijk snel worden opgeleverd (de infrastructuur, inclusief berichten voor huisartswaarneminggegevens en medicatiegegevens). De relatie tussen VWS en Nictiz enerzijds en de zorgaanbieders anderzijds komen steeds meer onder druk. De top down, bijna hiërarchische aanpak van Nictiz gaat ten koste van het gevoel van eigenaarschap bij de zorgaanbieders. De te korte inschatting van de implementatieduur leidt eveneens tot groeiende weerstand.

Naast de vertragingen in de inhoudelijke ontwikkeling van de infrastructuur leiden ook de privacy aspecten van het EPD tot aanhoudende discussies. Het CBP volgt de plannen van VWS kritisch en gedooft de ontwikkeling van de infrastructuur onder de conditie dat er binnen afzienbare tijd een wet komt die de verschillende privacy aspecten goed afdekt. De privacy discussie wordt gevoed door een aantal onderzoeken en meningen van deskundigen. Deze onderzoeken en meningen leiden niet tot een helder inzicht in de situatie. De onduidelijkheid die ontstaat en de verschillende beelden die blijven bestaan over het EPD en de veiligheid ervan zijn een belangrijke voedingsbodem voor de discussie in de Eerste Kamer die uiteindelijk leidt tot het verwerpen van de Wet op het EPD.

In de jaren dat VWS de regie voerde over het EPD zijn verschillende Business Cases uitgewerkt voor de invoering van het Elektronisch medicatiedossier (EMD) en het waarneemdossier huisartsen (WDH), en de aanvullingen daarop: EMD+, eSpoed en eLab. Deze businesscases hebben de nodige discussies losgemaakt over kwaliteit van de uitgangspunten en de conclusies. Er is niet één onderzoek dat geheel door alle partijen wordt onderschreven en kan dienen voor een harde berekening van de maatschappelijke baten van het LSP. Toch is er bij vrijwel alle partijen – overheid, zorgaanbieders, patiënten en zorgverzekeraars – consensus over het feit dat er met de invoering van het LSP een flinke verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg kan worden gerealiseerd. Daarbij speelt ook het besef dat we in de zorg anno 2012 optimaal gebruik moeten maken van de mogelijkheden die moderne informatietechnologie ons leveren.

Het valt buiten het bestek van dit businessplan om een nieuw onderzoek te doen naar de maatschappelijke businesscase. In bijlage A is een toelichting gegeven op de onderzoeken uit het verleden.

2.1.3 Leerpunten

De paragrafen 2.1.3.1 t/m 2.1.3.3 bevatten de letterlijke citaten van de leerpunten uit het NSOB rapport. §2.1.3.4 en §2.1.3.5 bevatten extra leerpunten die los van het NSOB rapport zijn toegevoegd.

2.1.3.1 *Het EPD is niet wat het is*

Het EPD is een ambigu fenomeen. Het is gedurende het proces maar heel beperkt gelukt om de ambiguïteit te reduceren en discussies te voeren op basis van gedeelde begrippen en betekenissen. Partijen hebben hier te weinig aandacht voor gehad. Dat laat zich het meest voelen in het publieke debat, waarin allerlei – soms onzinnige - beelden circuleren over wat het EPD is en wat daarvan de gevolgen en gevaren zouden zijn. Niemand kan beeldvorming sturen en de overheid zou ten principale terughoudend moeten zijn met actieve en misschien wel agressieve beeldvormingstrategie in omstreden maatschappelijke discussies, maar hier was meer inzet op zijn plaats geweest. In ieder geval steviger dan nu is gebeurd. Door de afwezigheid van beeldvormende communicatie, hadden andere krachten in de beeldvorming vrij spel en kon de onzekerheid en verwarring over het EPD in het publieke debat groter worden dan nodig.

2.1.3.2 *Partijen handelen vanuit verschillende modellen*

Het handelen van VWS laat zich verklaren vanuit een model van beleidsimplementatie. Dat paste op zich goed bij de technische realisatie van een EPD, maar niet goed bij een besluitvormingsproces in de vorm van een complex spel van onderhandelen en participeren dat tegelijk nodig bleek om alle partijen op één lijn te krijgen. We benadrukken hier het belang van onderhandelen én participeren. Het realisatiestreven leidde uiteindelijk steeds tot onderhandeling zonder participatie, of participatie zonder gevoel van daadwerkelijke betrokkenheid bij de partijen. Het handelen van zorgveldpartijen laat zich niet begrijpen vanuit een model van beleidsimplementatie en daarbinnen wegzetten als nog slechts te overwinnen weerstand. De betrokken zorgveldpartijen waren in hun beleving nog steeds in de fase van onderhandeling over de invulling van het EPD, over wat het zou moeten zijn en wat (al dan niet) zou moeten kunnen. Dat VWS het besluitvormingsproces als ‘realisatietraject’ invulde, maakt het nog niet een realisatietraject. Realisatie duidt op het door de overheid overnemen van verantwoordelijkheden van partijen, terwijl het juist noodzakelijk was dat zorgveldpartijen zelf eigen verantwoordelijkheid zouden nemen om tot elkaar te komen. Nu gebeurde dat in het besluitvormingsproces eigenlijk pas min of meer bij toeval, als onbedoeld gevolg van de interventie van de Eerste Kamer, toen bleek dat de infrastructuur voor zorgcommunicatie in 2012 kon worden voortgezet dankzij het initiatief van zorgveldpartijen zelf. Voor volgende vergelijkbare processen zou dit veel meer expliciet en strategisch inzet van het proces moeten zijn. Realiseren is dan niet het in opdracht van kritische veldpartijen bouwen van iets dat steeds anders wordt, nooit echt goed is en aan tegenstrijdige eisen moet voldoen. Realiseren is dan het in positie brengen van partijen zodat zij zelf kunnen komen tot datgene wat vanuit het door de overheid geborgde en behartigde publieke belang nodig is. De overheidsverantwoordelijkheid ligt dan op het niveau van het organiseren van het samenspel, niet in het op detailniveau tot stand brengen van complexe projecten. Sturen in complexe netwerkomgevingen, met beperkte middelen om zelfstandig beweging te genereren (via geld of wetgeving), en met veel opties om het proces te ontlopen via uitzonderingsposities, vereist het vanuit intrinsieke motieven in beweging komen van veldpartijen. De overheid kan ze daartoe stimuleren, maar kan het probleem onmogelijk

zelf oplossen. In het geval van het EPD gebeurde dit alles onbedoeld. De les uit het EPD is dat deze vorm van sturing een meer volwaardig en beproefd element in het overheidsrepertoire moet worden.

2.1.3.3 *Het EPD leert ons niet over het verleden maar over de toekomst*

Het EPD-traject biedt een terugblik op het verleden, maar verschaft vooral ook inzicht in hoe de komende jaren en decennia de totstandbrenging van allerlei op zichzelf breed gedragen voorzieningen plaats zal kunnen vinden. Naarmate de overheid over minder financiële en juridische doorzettingsmacht beschikt en macht versnipperd en verspreid raakt over een veelheid aan partijen – met heel uiteenlopende perspectieven en belangen – zal het steeds vaker gebeuren dat de overheid van de beweging van anderen afhankelijk is om maatschappelijke doelen te realiseren. Het EPD laat zien hoe een op zichzelf deugdelijk uitgevoerd technisch realisatieproces – dat onder het mom van regie zeker in de laatste jaren steeds meer de vorm van hiërarchische sturing kreeg – er niet in slaagde partijen bij elkaar te brengen of te houden. De nasleep van het EPD besluitvormingsproces toont overigens ook aan hoe snel zaken voor elkaar kunnen komen als partijen vervolgens (noodgedwongen) eigen verantwoordelijkheid nemen, met een minister die op enige afstand staat van het traject. Hoewel deze evaluatie omtrent het EPD betrekking heeft op de voorgaande 15 jaar, bevat ze een les die vooral voor de komende 15 jaar van waarde kan zijn: voortgang in het besluitvormingsproces is niet vanzelf geholpen met een centrale positie voor de overheid en inzetten op hiërarchische sturing die de overheid verantwoordelijk maakt voor de realisatie van complexe (ICT-) projecten. Het EPD omvat alle elementen van evidentie voor het belang van netwerksturing. Het is aan de betrokkenen – en dat zijn dus *alle* betrokken partijen in het zorgveld, niet alleen het ministerie – om die lessen ter harte te nemen en te verwerken in hun eigen repertoire. Opdat het voor volgende vergelijkbare belangrijke vraagstukken géén vergelijkbare periode en inzet kost om tot een deugdelijke oplossing te komen.

2.1.3.4 *De politiek is nooit ver weg*

Het EPD is door de jaren heen een beladen politiek onderwerp geworden met een hoge publiciteitswaarde. Formeel hebben de Eerste en Tweede Kamer en het ministerie van VWS nu geen bemoeienis meer met het LSP als opvolger van het EPD. Desondanks zullen eventuele incidenten en discussies over het LSP snel de aandacht trekken van de media en van de politiek. De politiek zal VWS blijven aanspreken op zaken die met het LSP te maken hebben. De VZVZ zal zich hier goed van bewust moeten zijn in haar beleid en communicatiestrategie. Het is daarbij zowel voor de politiek als in de publieke opinie van groot belang dat het beleid en de governance van de VZVZ de toets van het CBP kunnen doorstaan en de steun hebben van de patiëntenvertegenwoordigers.

2.1.3.5 *Onrealistische beloften en verwachtingen*

Mede onder druk vanuit de politiek hebben VWS en Nictiz nogal eens verwachtingen gewekt en beloften gedaan die achteraf niet realistisch bleken. Ook de partijen in het veld, zorgaanbieders, regio's en XIS leveranciers hebben regelmatig onderschat wat er allemaal komt kijken bij het invoeren en succesvol werkend krijgen van het LSP.

2.2 Het heden: De zorgaanbieders nemen het initiatief

Dit hoofdstuk beschrijft de ontwikkelingen vanaf april 2011, de periode waarin de zorgaanbieders het initiatief hebben genomen om te komen tot een doorstart van het gebruik van het LSP. In §2.2.1 worden de gebeurtenissen in tijdvolgorde beschreven. §2.2.2 beschrijft de ontwikkeling in de relatie tussen de VZVZ en Nictiz. Ook uit deze recente historie valt het nodige te leren; de belangrijkste leerpunten zijn weergegeven in §2.2.3.

2.2.1 Tijdslijn

Op 11 april 2011 heeft de minister van VWS aan Nictiz meegedeeld dat VWS overgaat tot afbouw van de medewerking aan het Landelijk Schakelpunt (LSP). De aanleiding hiervoor was het verwerpen van het voorstel tot wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg door de Eerste Kamer en het aannemen van de motie X van het lid Tan. De minister heeft aangegeven de afbouw van haar betrokkenheid zorgvuldig vorm te willen geven in verband met de continuïteit van zorg en de belangen van individuele patiënten. Nictiz is toen verzocht te verkennen of er zonder overheidssteun een toekomstperspectief bestaat voor het LSP met Nictiz en/of andere partijen en binnen drie maanden te komen met een voorstel. Naar aanleiding van een verzoek van de Tweede Kamer heeft VWS deze termijn verlengd tot 22 augustus 2011.

Nictiz heeft in dit kader aan de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapotheken (NVZA) verzocht of zij willen meewerken aan het creëren van een toekomstperspectief voor het gebruik van de ontwikkelde infrastructuur en daarmee tevens willen zorgdragen voor de structurele financiering van beheer en verdere ontwikkeling. De inschatting daarbij was dat de jaarlijkse kosten voor deze infrastructuur maximaal € 10 miljoen bedragen, bestaande uit exploitatiekosten en een budget voor stapsgewijze doorontwikkeling van de functionaliteit. In dit bedrag waren dus geen grote herontwerpen of architectuurveranderingen meegenomen, noch het uitvoeren van een hernieuwde aanmelding van patiënten of implementeren van andere nieuwe wettelijke eisen die in de toekomst zouden kunnen worden ontworpen.

De genoemde koepels zijn hierover via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in gesprek gegaan met de verzekeraars en hebben de vraag voorgelegd of verzekeraars, tegen de achtergrond van een constructieve inzet van koepels mee te denken over een gewenste ICT ontwikkeling, bereid zijn deze kosten voor hun rekening te nemen. ZN heeft daarop aangegeven het belang van een goede elektronische gegevensuitwisseling te onderschrijven en als noodzakelijk te beschouwen voor de kwaliteit en kosteneffectiviteit van de zorgverlening. ZN heeft dan ook de bereidheid uitgesproken de jaarlijkse extra kosten van de uitwisselingsinfrastructuur (maximaal de genoemde € 10 miljoen per jaar) te willen bekostigen als onderdeel van de reguliere zorgverlening. Administratief zou de financiering op de plaats van bestemming moeten komen door deze meerkosten te verwerken in de tarieven van de betreffende zorgaanbieders. Tevens heeft ZN aangegeven dat verzekeraars via de contractering het gebruik van de landelijke infrastructuur willen stimuleren.

Mede op grond van deze toezegging van ZN hebben de koepels aan Nictiz aangegeven dat zij voorstander zijn van de overgang van het LSP als onderdeel van Nictiz naar een nieuw te vormen Servicecentrum voor zorgcommunicatie (SCZ). Hierbij zagen de koepels voor zichzelf de taak weggelegd om de financiering door de verzekeraars georganiseerd te krijgen en te organiseren dat de specificaties en prioriteiten helder worden van wat dit Servicecentrum dient te doen en te ontwikkelen (organiseren van de vraagzijde). Dit na samenspraak met patiënten vertegenwoordigers, gebruikersverenigingen van de XIS-pakketten en de regionale netwerkinitiatieven.

Eind 2011 hebben de koepels afspraken gemaakt met elkaar en met de NPCF over de doorstart, in overleg met VWS en met ZN. Op grond van deze afspraken hebben de koepels per 1 januari 2012 de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) opgericht. Deze vereniging is de verantwoordelijke voor de gegevensverwerking in de zin van de WBP en tevens opdrachtgever aan Nictiz/SCZ als het gaat om operationele en functionele eisen aan de LSP infrastructuur en de prioriteitstelling. Het Servicecentrum voor Zorgcommunicatie (SCZ) is momenteel onderdeel van Nictiz, maar zal in de loop van 2012 juridisch worden afgescheiden van Nictiz.

Begin 2012 is besteed aan het uitwerken van een aantal “beloften” die in 2011 gedaan zijn om bij het CBP en van de kamer groen licht te krijgen voor de doorstart. Dit betreft met name het “opt-in” principe, dat expliciete toestemming van de patiënt verplicht stelt voordat de gegevens beschikbaar gesteld kunnen worden. Daarnaast is het commitment afgegeven dat het LSP een regionaal karakter zou krijgen. De implementatie van de opt-in is medio 2012 technologisch afgerond, waarna de zorgaanbieders (m.n. huisartsen en apotheken) kunnen starten met het opt-in registratieproces. Voor regionalisatie is een opzet gemaakt van regio’s rondom de HDSsen, wat naar verwachting zal leiden tot 40 à 50 regio’s. De implementatie van deze regio’s wordt in de tweede helft van 2012 verwacht.

Het aantal aansluitingen begin 2012 lag voor de huisartsen, huisartsenposten en ziekenhuizen in de buurt van het niveau van 2011. Bij de apotheken is dat beeld anders: in 2011 was meer dan 90% aangesloten tegenover 41% in 2012.

De oorzaak van deze lage aansluitingsgraad wordt door de apotheken gelegd bij de financieringsdiscussie met de verzekeraars. Apotheken geven aan dat de (meeste) verzekeraars de aansluitingskosten niet hebben gefinancierd, dan wel hebben gekoppeld aan nieuwe voorwaarden die niet van tevoren waren afgesproken. Dit geldt niet alleen voor de individuele apothekers, maar ook voor de grote ketens verenigd in de ASKA. Overigens geven de verzekeraars aan dat ze dat wel hebben gedaan. Hoe dan ook, de twee partijen in de onderhandelingen hebben een tegengesteld beeld over de gemaakte afspraken.

Als gevolg van het achterblijven van het aantal aangesloten apotheken hebben de grootste leveranciers van apotheeksystemen aangegeven de ontwikkeling van ICA, signaalfunctie te hebben opgeschort, totdat de financiering is gewaarborgd en er uitzicht is op een groter marktaandeel van aangesloten apothekers. Dit betekent in de praktijk dat EMD+ dit jaar niet kan worden geïmplementeerd en dat waarschijnlijk diverse regio’s die graag aan de slag willen met het LSP hun belangstelling voor een EMD+

implementatie zullen intrekken. Hiermee vervalt een belangrijke succesfactor voor de doorstart van het LSP in apothekersland.

De bespreking tussen apothekers en zorgverzekeraars over de financiering 2012 loopt nog en leidt hopelijk tot een oplossing en tot een hogere aansluitingsgraad van apotheken. Het proces van regionale implementaties van medicatie uitwisseling kan dan gaan starten, weliswaar met een jaar vertraging.

2.2.2 Integratie SCZ met VZVZ

Het huidige Nictiz wordt gesplitst in een publiek deel, dat zich o.a. bezighoudt met het ontwikkelen van standaarden, en een privaat deel (SCZ) dat zich bezighoudt met de exploitatie van de LSP infrastructuur. Het bestuur van Nictiz heeft de VZVZ verzocht om de verantwoordelijkheid over te nemen voor het SCZ, omdat dat een logischer positie voor het SCZ oplevert dan een zelfstandige positie in de markt. Immers, de VZVZ is momenteel de enige klant/opdrachtgever van het SCZ en zal ook de komende jaren verreweg de grootste opdrachtgever blijven.

De VZVZ heeft zich bereid verklaard de verantwoordelijkheid voor het SCZ over te nemen onder een aantal voorwaarden. Deze voorwaarden gaan o.a. over het beperken van de risico's voor de VZVZ en de eigendomsrechten op het LSP. De belangrijkste voorwaarde is echter dat er een positief bedrijfsmatig perspectief is voor het LSP. Als dit perspectief ontbreekt is het zinloos om het SCZ eerst over te hevelen naar de VZVZ en vervolgens af te bouwen. Onder verantwoordelijkheid van de VZVZ is dan ook de verkenning gestart naar een bedrijfsmatig gezond toekomstperspectief.

2.2.3 Leerpunten

2.2.3.1 Geld speelt een rol

Voor veel zorgaanbieders zijn de extra kosten van de LSP aansluiting en aanverwante kosten (UZI-passen, opslag XIS-licentiekosten, kosten van de opt-in werkzaamheden, implementatiekosten, etc.) direct voelbaar en zichtbaar, terwijl de eventuele efficiëntiebatens voor hun nog bewezen moeten worden. Dit leidt tot een kritische houding ten opzichte van de vergoeding van deze kosten. Dit speelt in een context van steeds meer vrije onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders (inmiddels actueel bij ziekenhuizen en apotheken) en toenemende druk op zorgverzekeraars om via de onderhandelingen met zorgaanbieders de kosten van de zorg te beteugelen. Het risico bestaat dat de vergoeding van de LSP aansluiting en de daarmee samenhangende extra kosten het kind van de rekening wordt in de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De ervaringen met de onderhandelingen tussen verzekeraars en apotheken wijzen in die richting. Dit kan leiden tot het achterblijven van het aansluiten op en het gebruiken van de LSP infrastructuur. Met als één van de gevolgen dat de XIS leveranciers onvoldoende marktpotentie zien voor de doorontwikkeling van de functionaliteiten die aansluiten op het LSP.

De exploitatie van een infrastructuur als het LSP kan alleen op basis van een langere termijn perspectief; investeringen in infrastructuur hebben een terugverdientijd van meerdere jaren. Dit verhoudt zich niet met een jaarlijkse onzekerheid over de uitkomst van tariefonderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Voor de continuïteit en doorontwikkeling van het LSP is het dus van belang dat de financiering voor meerdere jaren is gewaarborgd.

2.2.3.2 Leveranciers zijn van belang

De leveranciers van XIS systemen spelen een bijzondere rol in het succes van de LSP infrastructuur. Voor alle uit te wisselen berichten geldt dat niet alleen een centrale implementatie in het LSP nodig is, maar dat aanpassingen in de XISsen noodzakelijk zijn om de LSP berichten te kunnen verzenden of verwerken. Deze XIS leveranciers zijn commerciële partijen, die naast de wensen die er leven op het gebied van berichtenverkeer via het LSP, nog veel andere wensen vanuit hun gebruikers te verwerken krijgen. Het verdienmodel van de XIS leveranciers is erop gebaseerd dat hun investeringen in nieuwe functionaliteiten zich terug verdienen in meer of duurdere gebruikerslicenties. Voor elke ontwikkeling vanuit de LSP infrastructuur gelden dus twee vragen:

- hoe verhoudt deze wens zich tot de andere prioriteiten vanuit de gebruikers? en
- op welke manier kunnen de investeringen zich terugverdienen via meer licenties of een opslag op de licentieprijs?

Over het algemeen onderkennen de XIS leveranciers de noodzaak om te migreren naar een moderne uitwisselingsarchitectuur zoals het LSP. Ze hebben zelf meerdere malen aangegeven van oordeel te zijn dat de OZIS oplossing “end of lifecycle” is. Tegelijkertijd kan van de leveranciers niet verwacht worden dat ze investeren in ontwikkeling waarvan hun doelgroep - de gebruikers van de XIS systemen - geen gebruik gaan maken.

2.2.3.3 Alternatieve oplossingen verlagen het gevoel van urgentie

Bijna alle apothekers en zo’n 40% van de huisartsen en huisartsenposten gebruiken OZIS voor hun gegevensuitwisseling. OZIS heeft een aantal beperkingen, o.a. op het gebied van (privacy)veiligheid en beschikbaarheid, maar voorziet wel in een behoefte. De aanwezigheid van de OZIS oplossing vermindert de urgentie van huisartsen en apotheken om over te stappen naar het LSP. De laatste jaren hebben de XIS-leveranciers aangegeven dat OZIS “end of lifecycle” is, maar desondanks werden er tot vrij recent nog nieuwe OZIS servers geïnstalleerd. Daardoor ontstaat de indruk van de uitfasering van OZIS nog wel even zal duren en dat er dus niet zoveel haast is met de overgang naar het LSP. Ook de veronderstelling dat voor OZIS geen expliciete toestemming van de patiënt (opt-in) nodig is leidt ertoe dan zorgaanbieders wachten met de overstap naar het LSP; “dan hoef ik voorlopig ook geen opt-in vraag aan mijn patiënten te stellen”.

2.2.3.4 Onduidelijkheid creëert afwachtendheid

Er bestaat bij veel zorgaanbieders onzekerheid over de vraag of het LSP uiteindelijk wel doorgaat. De discussies over de financiering, de lage aansluitingsgraad van apotheken en het opschorten van de ontwikkeling van EMD+ door de XIS-leveranciers voeden de onzekerheid over het wel of niet doorgaan van het LSP. Dat leidt tot een afwachtende houding bij zorgaanbieders; “eerst maar eens wachten tot we zeker weten dat het doorgaat, voordat we ermee aan de slag gaan”. Deze afwachtende houding dreigt een “self fulfilling prophecy” te worden; als iedereen afwacht dan wordt de kans vanzelf kleiner dat het doorgaat. Om deze vicieuze cirkel te doorbreken is een krachtig en overtuigend signaal nodig dat het LSP doorgaat. Liefst vanuit alle betrokken partijen: koepels van zorgaanbieders, gebruikersverenigingen, XIS-leveranciers, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties.

2.3 De toekomst: Acceptatie en gebruik door zorgaanbieders en patiënten

De inhoudelijke toekomstvisie van de VZVZ wijkt niet zoveel af van wat ooit door Nictiz is opgesteld: het ontwikkelen en beschikbaar stellen van een brede infrastructuur voor gestandaardiseerd berichtenverkeer binnen de zorg. De veranderaanpak verschilt echter wel; de nadruk zal veel meer liggen op het faciliteren en stimuleren van succesvolle implementaties vanuit de praktijk, dan op het top down hiërarchisch afdwingen van aansluitingen en gebruik.

§2.3.1 beschrijft het uitgangspunt; wat is het LSP op dit moment en welke functionaliteiten biedt het nu? §2.3.2 gaan verder in op de inhoudelijke toekomstvisie. §2.3.3 beschrijft de visie van de VZVZ op de veranderaanpak. Tenslotte beschrijft §2.3.4 hoe de VZVZ inspeelt op de leerpunten die eerder in dit hoofdstuk zijn genoemd; wat doen we anders dan in het verleden, waardoor er nu wel kans op succes is?

2.3.1 Wat is het Landelijk Schakelpunt (LSP) en welke functionaliteit biedt het?

Het LSP is geen EPD. Het woord EPD wekt de verwachting dat ergens centraal medische gegevens over patiënten worden opgeslagen. In het LSP wordt echter geen medische informatie over patiënten opgeslagen. Het LSP is een schakelpunt dat de mogelijkheid schept voor een zorgverlener om na te gaan of er door andere zorgverleners gegevens in hun zorgsysteem zijn vastgelegd die van belang zijn voor de behandeling. Die informatie kan worden geraadpleegd via het LSP, doordat het LSP de verbinding legt (schakelt) tussen de systemen van de zorgaanbieders die relevante gegevens over de patiënt hebben. Voorwaarde is dat de patiënt toestemming heeft gegeven voor die raadpleging (opt-in) en dat de zorgverlener die de gegevens opvraagt daartoe gerechtigd is (UZI pas).

Raadplegen van medische historie is vitaal, bijvoorbeeld in het geval van het voorschrijven van een geneesmiddel of een behandeling op de Huisartsenpost of de Spoedeisende Hulp.

Het LSP voldoet aan de hoogst mogelijke eisen van beveiliging en bescherming van de privacy. Iedere raadpleging wordt geregistreerd, voor de patiënt valt op die manier na te gaan door welke zorgverlener inzage plaats vindt.

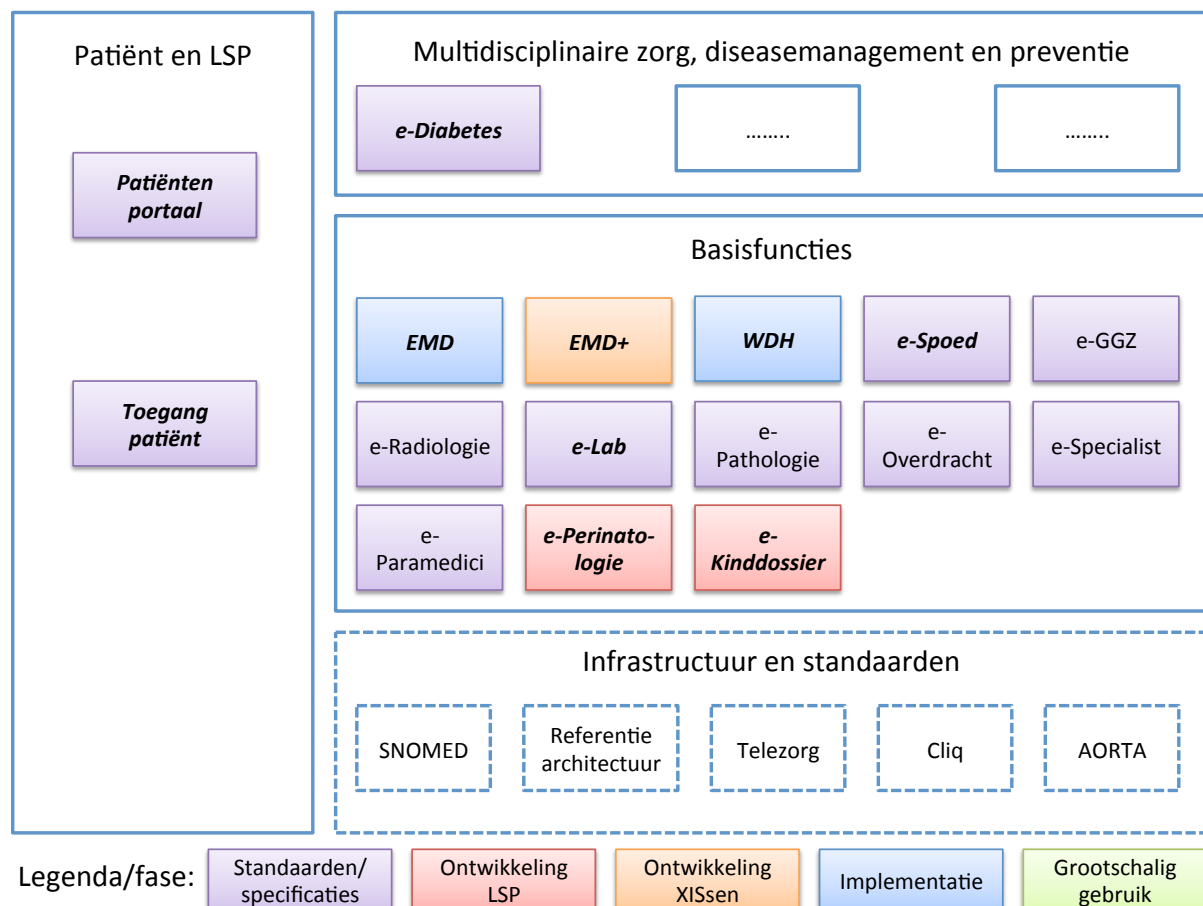
Op dit moment zijn twee toepassingen beschikbaar via het LSP. Dat zijn:

- *Huisartswaarneemgegevens*
Huisartsen kunnen aan het LSP melden dat zij huisartsenzorg aan een patiënt verlenen. Waarnemers kunnen de professionele samenvatting opvragen en deze informatie in het zorgproces gebruiken om een completer beeld te krijgen van de patiënt. Op basis van deze gegevens kan de waarnemend huisarts de gewenste zorg verlenen. De vaste huisarts wordt via een 'waarneembericht' geïnformeerd over de zorg die patiënt heeft ontvangen.
- *Medicatiegegevens*
De apotheek en apotheekhoudende huisarts kunnen aan het LSP melden dat zij medicatie aan een patiënt hebben verstrekt. Collega-zorgverleners (apothekers, huisartsen en medisch specialisten) kunnen vervolgens opvragen welke medicatie aan een patiënt is verstrekt.

Huisartspraktijken, huisartsenposten, apotheken en ziekenhuizen kunnen voor het gebruik van bovenstaande toepassingen aansluiten op de infrastructuur. Andere typen zorgverleners kunnen nog geen gebruik maken van het LSP.

2.3.2 De inhoudelijke toekomstvisie

Nictiz heeft in het eerdergenoemde rapport van mei 2008 “ICT in de Zorg – Resultaten, ontwikkelingen en agenda” een schematisch overzicht opgenomen van de verschillende programma’s en hun samenhang. Onderstaand schema toont dit programmaoverzicht, geactualiseerd voor de huidige situatie.



De onderdelen met onderbroken lijnen vallen onder de verantwoordelijkheid van het nieuwe Nictiz (de standaardenorganisatie), de overige onderdelen vallen onder de verantwoordelijkheid van de VZVZ. De kleuren van de diverse programma’s geven aan in welke fase van ontwikkeling het programma op dit moment verkeert. De schuin en vet weergegeven programma’s zijn opgenomen in dit businessplan. De overige programma’s kunnen op termijn worden opgenomen. Voor de ontwikkeling van standaarden is de VZVZ afhankelijk van Nictiz.

De VZVZ richt zich op korte termijn op de implementatie van *EMD+* en *WDH*. Deze twee programma’s leggen een belangrijke basis voor het vervolg; als de huisartsen, huisartsenposten, apotheken en ziekenhuizen op deze onderdelen samenwerken, is het relatief eenvoudig om nieuwe functionaliteiten en berichten toe te voegen. Het “vliegwiel” is dan op gang; als het gros van de zorgaanbieders de

uitwisselingsinfrastructuur gebruikt, dan is de implementatie van volgende programma's een stuk eenvoudiger.

Als vereniging staat de VZVZ open voor alle zorgaanbieders; daarmee is er dus ruimte voor de zorgaanbieders achter e-GGZ, e-Radiologie, etc. om lid te worden van de vereniging en het LSP te gebruiken voor hun berichtenverkeer. Als de implementatie van EMD+ en WDH voldoende kritische massa heeft bereikt, zal de VZVZ actief het zorgveld benaderen om deze programma's toe te voegen aan haar werkplan. Als in tussentijd een beroepsgroep zich zelf meldt om het LSP te gebruiken voor haar berichtenverkeer, dan zal de VZVZ hiervoor ruimte bieden voor zover dat de voortgang van WDH en EMD+ niet hindert.

2.3.3 De visie op de veranderaanpak

Het LSP heeft een historie als een overheidsinitiatief dat landelijk zou worden ingevoerd. Dit werkt nog door in de opzet van het LSP en in het denken van veel personen en partijen die direct betrokken zijn bij het LSP. De inrichting van de infrastructuur gaat nog steeds uit van een landelijk niveau van gebruik en veel betrokkenen redeneren nog steeds vanuit de gedachte dat de overheid het nu wel niet kan afdwingen, maar dat de koepels en/of de zorgverzekeraars dat dan maar moeten doen.

De werkelijkheid is anders. Het LSP is weliswaar ingericht op landelijk gebruik, maar wordt op dit moment slechts in enkele regio's actief gebruikt. Het aantal uitwisselingen op landelijk niveau is ooit ingeschat op ruim 17 miljoen berichten per week, het feitelijk aantal uitwisselingen op dit moment is 12.000 per week. De feitelijke uitgangspositie voor het LSP is, dat het veelbelovende technologie is, die zich stapje voor stapje aan het bewijzen is in testsituaties en in eerste implementaties, maar die de weg naar brede acceptatie nog moet afleggen. Dit in een omgeving met concurrerende alternatieven, die weliswaar verouderd zijn, maar wel breed geaccepteerd en goedkoper.

Het LSP is door haar historie als centraal ontwikkeld overheidsproject in de beleving van veel aanbieders een van bovenaf opgelegd "doel op zich" geworden. Deze beleving moet het LSP van zich afschudden om een gewaardeerde en geaccepteerde rol te kunnen gaan spelen in het zorglandschap. Dus niet van bovenaf, maar van onderop en geen doel op zich, maar een oplossing voor een concreet probleem dat concrete voordelen oplevert voor de gezondheidszorg in het algemeen en voor individuele zorgaanbieders en patiënten.

Deze nieuwe positionering van het LSP komt tot uitdrukking in de missie van de VZVZ en de kernwaarden van waaruit de VZVZ en het SCZ handelen en in de aanpak van de marktbenadering.

2.3.3.1 Missie

De missie van de VZVZ is:

“Het verbeteren van de kwaliteit, veiligheid, efficiëntie en patiëntbetrokkenheid van de gezondheidszorg door het stimuleren en faciliteren van beveiligde en gestandaardiseerde elektronische uitwisseling van medische gegevens.”

2.3.3.2 Kernwaarden

De kernwaarden van de VZVZ en het SCZ moeten de nieuwe positionering van het LSP ondersteunen. De VZVZ en het SCZ moeten zich dienstbaar opstellen naar zorgaanbieders en patiënten en met concrete oplossingen komen voor problemen in de gezondheidszorg. Dit alles met behoud van het hoge niveau van veiligheid.

- **Dienstbaar en praktisch**
De VZVZ en het SCZ zijn organisaties van en voor zorgaanbieders met een sterke betrokkenheid van patiëntenorganisaties. De wensen van zorgaanbieders en patiënten staan dus centraal in de ontwikkelagenda en de gebruikersondersteuning van de VZVZ en het SCZ. Daarbij richt de VZVZ zich op concrete oplossingen die in de praktijk goed werken.
- **Gericht op verbeteren van de gezondheidszorg**
Het LSP draagt bij aan concrete oplossingen in de gezondheidszorg. Dus het verhogen van de kwaliteit en het verlagen van de kosten van de zorg, of het makkelijker maken van het werk van zorgaanbieders, of het verbeteren van het zelfmanagement en de eigen regie van patiënten.
- **Veilig**
Het LSP onderscheidt zich ten opzichte van alternatieve oplossingen door haar hoge niveau van veiligheid. Dit is een “unique selling point” dat de komende jaren in belang zal toenemen. Deze veiligheid zal geborgd moeten blijven door de technologische keuzes die gemaakt worden, maar ook door de procedures die de VZVZ hanteert en het toezicht dat de VZVZ houdt op het juiste gebruik van het LSP.
- **Verbinden door standaardisatie**
Het LSP verbindt de verschillende partijen in de zorg door gestandaardiseerde berichtenuitwisseling. Doordat iedereen van deze open standaarden gebruik kan maken ontstaat er een eenheid van taal en begrip.
- **Gericht op stimuleren van groei**
De VZVZ zal met een actieve marktwerking, communicatie en ondersteuning de groei van het LSP gebruik stimuleren. Met concrete en werkende oplossingen zullen de samenwerkende zorgaanbieders in de regio worden opgezocht en worden gestimuleerd en ondersteund om over te gaan tot het gebruik van het LSP.

2.3.4 Inspelen op de leerpunten

Per leerpunt uit de paragrafen 2.1.3 en 2.2.3 is in onderstaande tabel aangegeven op welke wijze de VZVZ erop inspeelt.

Leerpunt	Reactie
<i>Het EPD is niet wat het is</i>	De term EPD is bewust verlaten en wordt niet gebruikt in de communicatie van de VZVZ en de koepels van zorgaanbieders. De term LSP duidt inhoudelijk beter aan waar het om gaat. Een schakelpunt dat zelf geen informatie bevat, maar alleen de verbindingen schakelt tussen de systemen van zorgaanbieders. Daarmee is het LSP primair een systeem waarmee zorgaanbieders onderling medische informatie uitwisselen. Als deze onderlinge uitwisseling tot stand komt, kan het ook meehelpen de basis te leggen voor een goed gevuld Persoonlijk Gezondheidsdossier voor patiënten.
<i>Partijen handelen vanuit verschillende modellen</i>	De top down hiërarchische sturing is noodzakelijkerwijs verlaten door het verwerpen van de wet op het EPD en het terugtrekken van VWS als partij. De VZVZ is een private organisatie en het LSP is een privaat product geworden. Het model van waaruit de VZVZ opereert is het marktmodel; klanten (zorgaanbieders) beslissen zelf op basis van vrijwilligheid of ze aan de slag gaan met het LSP. Het LSP moet zich in de markt onderscheiden ten opzichte van alternatieve oplossingen. De VZVZ zal zich opstellen als een actieve marktpartij die zoveel mogelijk allianties sluit met andere partijen die de keuze van zorgaanbieders kunnen beïnvloeden: koepels, gebruikersverenigingen, XIS leveranciers en zorgverzekeraars.
<i>Het EPD leert ons niet over het verleden maar over de toekomst</i>	Het is voor de VZVZ een belangrijk aandachtspunt om het gevoel van eigenaarschap bij de zorgaanbieders te bevorderen en te behouden. In de governance structuur en in de marktbenadering streeft de VZVZ ernaar om het gevoel van “samen de kar trekken” tussen zorgaanbieders, koepels, gebruikersverenigingen, patiënten, XIS leveranciers en zorgverzekeraars te bevorderen.
<i>De politiek is nooit ver weg</i>	De VZVZ zal veel aandacht besteden aan veiligheid en privacy en daarbij de hoogste normen nastreven. Ook zal de VZVZ de relatie met VWS en het CBP goed onderhouden, zodat er over en weer zo min mogelijk politiek en publicitair gevoelige verassingen ontstaan.
<i>Onrealistische beloften en verwachtingen</i>	De VZVZ zal de ontwikkelagenda vooraf goed afstemmen met de XIS leveranciers, die via de Leveranciersraad ook een positie in de governance hebben. Daarnaast zal in de agenda voldoende tijd worden ingeruimd voor de implementatieperiode.
<i>Geld speelt een rol</i>	De VZVZ is met verzekeraars in gesprek over een structurele meerjarige financiering van de LSP infrastructuur. Dit is een belangrijke voorwaarde voor de doorstart en een uitgangspunt bij de prognoses in dit businessplan. In de financieringsafspraken tussen zorgaanbieders en verzekeraars moet naast de kosten voor de LSP aansluiting ook aandacht zijn voor samenhangende kosten zoals de UZI-passen, de extra XIS licentiekosten en de kosten die voortkomen uit de implementatieprojecten.

Leerpunt	Reactie
<i>Leveranciers zijn van belang</i>	Zowel de langere termijn planning van de VZVZ als de concretisering in jaarlijkse werkplannen zal met de XIS leveranciers worden afgestemd. De XIS leveranciers worden in de governance van de VZVZ betrokken via een Leveranciersraad met een zwaarwegende adviesrol. In de financieringsvraagstukken en de dialoog daarover met verzekeraars zullen ook de extra kosten voor de XIS licenties worden betrokken.
<i>Alternatieve oplossingen verlagen het gevoel van urgentie</i>	Met name OZIS speelt hierbij een belangrijke rol. Al enkele jaren geven de XIS leveranciers aan dat OZIS “end of lifecycle” is, maar van een concrete uitfasering komt het maar niet. De VZVZ is in gesprek met de XIS leveranciers die verenigd zijn in de stichting OZIS, om tot een gezamenlijk aanpak te komen voor het faciliteren van regio’s die OZIS willen uitfasen.
<i>Onduidelijkheid creëert afwachtendheid</i>	Als de structurele financiering van het LSP geregeld is, is het zaak om vanuit alle betrokken partijen (VZVZ, koepels, gebruikersverenigingen, XIS leveranciers, verzekeraars, patiëntenorganisaties) krachtig te communiceren dat het LSP doorgaat. Naar verwachting zal dit bij veel partijen in het veld de afwachtende houding doorbreken en een prikkel zijn om over te gaan tot actie.

3 Extern perspectief

Het externe perspectief beschrijft de omgeving waarin de VZVZ opereert. Welke trends zien we om ons heen en wat betekenen die voor het LSP? In welk concurrentieveld opereert de VZVZ? Welke kansen en bedreigingen komen er op ons af?

3.1 Trendanalyse

Hieronder zijn de demografische, economische, sociaal-culturele, technologische en politiek-juridische trends aangegeven die van belang zijn voor de VZVZ.

Trend	Gevolgen voor het LSP
Zorginhoudelijke trends	
Zorg wordt steeds complexer en vereist in toenemende mate een multidisciplinaire aanpak. Dit vraagt samenwerking en afstemming tussen zorgaanbieders.	Een gestandaardiseerde gegevensuitwisseling, die veilig genoeg is voor medisch gebruik, is onontbeerlijk om in deze complexer wordende wereld over een integraal beeld van de patiënt te beschikken. Het LSP biedt de basis voor deze gegevensuitwisseling.
Demografische trends	
De vergrijzing leidt tot een forse toename van de zorg voor ouderen. Vooral chronische ziekten zullen sterk toenemen.	Chronische zorg en ouderenzorg zijn bij uitstek ketenzorg die in netwerken van zorgaanbieders wordt geleverd. Het delen van gegevens en werken vanuit één gemeenschappelijk inzicht is hierbij letterlijk van levensbelang. Het LSP speelt hierop in door zorgaanbieders een geïntegreerd inzicht te geven in de medische gegevens van hun patiënten en door faciliteiten te ontwikkelen voor ketenzorg.
Economische trends	
De kosten van de gezondheidszorg groeien sneller dan de economie. Om deze ontwikkeling te keren zal de komende jaren veel aandacht zijn voor het efficiënter maken van de gezondheidszorg. Meer kwaliteit voor minder kosten is daarbij het uitgangspunt. Dit zal leiden tot zowel concentratie van zorg (hoogcomplex en schaalgevoelige behandelingen) als tot spreiding van zorg (waar mogelijk mensen thuis, in de eerste lijn en in de gespreide tweede lijn behandelen, bijv. voor chronische zorg en ouderenzorg).	De trend naar concentratie en spreiding betekent dat patiënten steeds meer in netwerken worden behandeld van verschillende zorgaanbieders. Met name in de tweede lijn zal zorg door meer verschillende ziekenhuizen worden verleend dan op dit moment. Het risico is dat het zicht op de patiënt hierdoor versnipperd raakt. Concentratie en spreiding kan alleen maar veilig worden gerealiseerd door middel van een goede ICT ondersteuning die het integrale beeld van de patiënt weergeeft. Het LSP biedt faciliteiten voor samenwerkende zorgaanbieders in de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn. Op termijn kunnen ook berichten worden uitgewisseld tussen verschillende behandelaren in de tweede lijn.
De kosten die samenhangen met vermijdbare medische fouten zullen steeds minder geaccepteerd worden.	Een aantal onderzoeken geeft aan dat door betere informatievoorziening medische fouten en onnodige ziekenhuisopnames kunnen worden voorkomen. Veilige uitwisseling van medicatiegegevens en het creëren van een geïntegreerd elektronische medicatiedossier zijn speerpunten van het LSP. Hiermee zal het LSP een belangrijke rol spelen in het voorkomen van medische fouten door gebrekkige informatie over de patiënt.

Trend	Gevolgen voor het LSP
Sociaal-culturele trends	
De behoefte aan zelfzorg en eigen regie over de gezondheid zal toenemen. Zowel vanuit de ontwikkeling naar meer mondigheid en kennis bij patiënten als vanuit de noodzaak tot meer zelfmanagement. Dit betekent dat patiënten en burgers willen weten en ook bepalen wat er met hun gegevens gebeurt, zelf over hun gegevens willen kunnen beschikken en er hun eigen informatie aan zullen willen toevoegen.	Het LSP is nu een systeem voor gegevensuitwisseling tussen professionals onderling met een beveiligingsniveau dat zich niet verhoudt tot makkelijke ontsluiting voor patiënten. Toch zal de patiënt deze openheid in toenemende mate gaan verwachten en eisen van het LSP. Naarmate de technologie meer mogelijkheden biedt voor betrouwbare identificatie van individuele patiënten zal van het LSP gevraagd worden zich open te stellen voor gebruik door patiënten. Samen met de NPCF voert de VZVZ een project uit om de mogelijkheden hiervoor te ontwikkelen.
Burgers worden via de media regelmatig geconfronteerd met medische missers. De maatschappelijke acceptatie hiervoor neemt af. Als medische fouten kunnen worden vermeden door goede gegevensuitwisseling, zal dat in toenemende mate geëist worden door de maatschappij. Het zal niet geaccepteerd worden dat zorgaanbieders hier vrijblijvend mee om gaan.	Het meedoen aan veilige gegevensuitwisseling tussen behandelaars zal steeds meer een beroepsstandaard worden waar zorgaanbieders zich niet meer aan kunnen onttrekken. Het LSP streeft ernaar altijd te voldoen aan de hoogste kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroepen en de inspectie. Daarmee stelt het LSP zorgaanbieders in staat te voldoen aan de aan hun gestelde eisen.
De opkomst van sociale media creëert een verwachtingspatroon bij mensen dat ze altijd in verbinding staan met hun (virtuele) omgeving en dat hun gegevens daar ook bekend zijn. Dit verwachtingspatroon zal ook zijn invloed hebben op de uitwisseling van medische gegevens. Uit onderzoek blijkt nu al dat de meeste mensen het vanzelfsprekend vinden dat hun medische gegevens geraadpleegd kunnen worden door de zorgaanbieders die hun behandelen.	Zorgaanbieders zullen steeds meer met patiënten te maken krijgen die er van uitgaan dat hun gegevens in het kader van hun behandeling beschikbaar zijn voor medebehandelende zorgaanbieders. Daarmee zal de vrijblijvendheid bij een zorgaanbieder om mee te doen aan uitwisselingsoplossingen beperkt worden; de patiënt zal dat steeds minder begrijpen en accepteren. Het aansluiten en gebruiken van het LSP is voor zorgaanbieders een manier om aan de verwachtingen van hun patiënten te voldoen.
Tegenover deze trend naar steeds meer gegevensdeling zal de behoefte groeien om grip te hebben op de eigen privacy.	De gegevensuitwisseling zal het makkelijk moeten maken voor burgers om hun eigen privacy in de gaten te houden. Patiënten zullen willen weten wat er met hun gegeven gebeurt en daar ook zelf sturing op willen hebben. De VZVZ zal voldoen aan de hoogste eisen op het gebied van privacybescherming en veiligheid. Door het ontwikkelen van een patiëntenportaal zal de patiënt inzicht krijgen in wat er met zijn/haar gegevens gebeurt. Ook zal de patiënt invloed krijgen over de wijze waarop en met wie zijn gegevens worden uitgewisseld.

Trend	Gevolgen voor het LSP
Technologische trends Een belangrijk technologiegebied voor het LSP is informatiebeveiligingstechnologie en dan met name op het gebied van authenticatie en identificatie. Op dit punt is de nodige ontwikkeling te verwachten op het gebied van biometrie; authenticatie aan de hand van persoonlijke lichaamskenmerken van de gebruiker	Modernere authenticatiemiddelen kunnen het gebruik van de UZI-passen eenvoudiger en in sommige situaties zelfs overbodig maken. Als deze authenticatietechnologie zo laagdrempelig wordt dat ook individuele patiënten er gebruik van kunnen maken, al of niet in combinatie met DigiD, dan wordt daarmee een belangrijke belemmering weggenomen in de toegang van patiënten tot “hun” verwijsgegevens en medische gegevens. De VZVZ zal deze ontwikkelingen nauwlettend volgen en waar mogelijk vertalen in nieuwe authenticatiemogelijkheden voor zorgaanbieders en zo mogelijk ook patiënten.
Politiek-juridische trends Het LSP (EPD) is zo’n groot politiek onderwerp geweest de laatste jaren, dat het ook de komende jaren zich in de belangstelling van de politiek zal mogen verblijden. Daarbij zullen een paar onderwerpen het meest in het oog springen; de betrokkenheid en participatie van patiënten en alles wat met privacy en veiligheid te maken heeft.	De VZVZ heeft de betrokkenheid van patiënten en de aandacht voor privacy in haar structuur geregeld door de Patiënten- en Privacyraad te installeren met een zwaarwegende adviesfunctie. De aandacht voor privacy en veiligheid is zowel in de techniek als in de organisatorische procedures geborgd. De inhoudelijke betrokkenheid van patiënten zal de komende jaren moeten worden verhoogd door op patiënten gerichte functionaliteiten te ontwikkelen. Hiertoe wordt in overleg met de NPCF een plan ontwikkeld.

3.1.1 Conclusies uit de trendanalyse

De behoefte aan een uitwisselingsinfrastructuur voor medische gegevens tussen samenwerkende zorgaanbieders zal de komende jaren toenemen. Er liggen grote kansen voor het LSP als het LSP er in slaagt om de zorgen die er zijn rondom beveiliging en privacy weg te nemen en een goede symbiose te vinden met de stijgende behoefte bij patiënten om de regie te hebben over hun eigen gezondheidsdossier.

3.2 Analyse van alternatieve oplossingen

Deze paragraaf gaat in op de oplossingen die op de markt zijn of komen voor medische gegevensuitwisseling die als alternatief voor het LSP kunnen dienen.

Informatie uitwisseling in de zorg vindt al op grote schaal plaats. De belangrijkste spelers naast het LSP zijn:

- Netwerken die gebruik maken van OZIS
- Clusters van XISsen die afkomstig zijn van één leverancier (Pharmapartners, Labelsoft)
- Regionale, specifiek ontwikkelde systemen, die gebruik maken van een regionaal schakelpunt (bijvoorbeeld Stichting Gerrit)
- Aanbieders van webbased functionaliteiten, gericht op patiënten (bijv. Microsoft HealthVault)

OZIS wordt algemeen gebruikt, 90% van de apothekers en ongeveer 40% van de huisartsen en huisartsenposten gebruikt OZIS voor het uitwisselen van informatie. XIS leveranciers hebben aangegeven dat OZIS “end of lifecycle” is, de veiligheid en beschikbaarheid laat te wensen over. Echter, hoewel OZIS niet voldoet aan de vereiste standaard van beveiliging, komt de functionaliteit in veel gevallen in voldoende mate tegemoet aan de wensen van zorgverleners. In sommige opzichten is via OZIS meer informatie beschikbaar dan via het LSP. Daar komt bij dat overstappen op het LSP de nodige inspanning kost, het leidt tot extra kosten en vergt aanpassing van procedures (bijvoorbeeld het gebruik van de UZI-pas).

De VZVZ is in overleg met de Stichting OZIS om te bezien of de overgang van OZIS op het LSP, daar waar gewenst, in samenspraak en op een geleidelijke manier kan plaats vinden.

Clusters van leveranciers van XISsen, afkomstig van één leverancier, zijn netwerken waarbinnen informatie-uitwisseling optimaal kan worden georganiseerd. Raadplegen van het huisartsendossier of het medicatiedossier wordt binnen het cluster via een stelsel van autorisaties geregeld. Binnen een cluster worden daarover afspraken gemaakt.

Uitwisseling van gegevens met zorgaanbieders buiten het cluster of het raadplegen van informatie van buiten het cluster is mogelijk via OZIS of het LSP.

Regionale, specifiek ontwikkelde systemen, die gebruik maken van een regionaal schakelpunt (RSP) kunnen zich verder ontwikkelen zodat zij voldoen aan de vereiste standaarden. Informatie-uitwisseling in de zorg is op regionale schaal ontstaan, er is sprake van een groot lokaal draagvlak. De infrastructuur is ontwikkeld op basis van in de regio bestaande behoeften. Sommige regio's hebben zelf in de loop der tijd een beheerorganisatie opgezet. Voor de VZVZ zijn de regio's het aanspreekpunt voor de marktbenadering. De VZVZ staat ervoor open om met regionale organisaties die hiervoor kwalificeren een samenwerkingsmodel in te richten dat voorziet in eigen regelmogelijkheden (zie §6.4).

Microsoft HealthVault is een persoonlijk medisch dossier. In dit dossier kan men de eigen gegevens over zijn gezondheid bewaren. Daarnaast is er de mogelijkheid om bepaalde gegevens te delen en of te ontvangen van derden (bijvoorbeeld de huisarts, tandarts of ziekenhuis). Na het stopzetten van Google Health heeft Microsoft aangegeven het eigen initiatief door te zetten.

Het LSP is een systeem voor gegevensuitwisseling tussen professionals onderling met een beveiligingsniveau dat zich niet verhoudt tot gemakkelijke ontsluiting voor patiënten. Toch zal de patiënt deze openheid in toenemende mate gaan verwachten en eisen van het LSP. Naarmate de technologie meer mogelijkheden biedt voor betrouwbare identificatie van individuele patiënten zal het LSP in samenspraak met de NPCF zich inspannen om het persoonlijk gezondheidsdossier te ontsluiten voor patiënten.

3.2.1 Conclusies uit de omgevingsanalyse

Het LSP verkeert in een omgeving waarin ook andere serieuze partijen opereren. Het LSP wil gebruik maken van hun ervaringen in de markt en waar mogelijk tot samenwerking komen. De VZVZ positioneert het LSP daarbij als een neutrale faciliteit die ook anderen kunnen gebruiken, in plaats van als een pure concurrent.

3.3 Behoefteanalyse

Deze behoefteanalyse beschrijft welke behoeften er leven bij de zorgaanbieders die deel uitmaken van de VZVZ. Hoe meer het LSP snel in de meest urgente behoeftes kan voorzien, hoe groter het animo zal zijn om met het LSP aan de slag te gaan. Naast de behoeften van zorgaanbieders zijn ook de belangrijkste behoeften beschreven van patiënten en van zorgverzekeraars.

3.3.1 Behoeften van zorgaanbieders

3.3.1.1 Algemeen

In het algemeen voelen de meeste zorgaanbieders de behoefte aan een uitwisselingsinfrastructuur en aan eenduidigheid van definities in de uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners. Een eenduidige infrastructuur is een samenbindende factor die maakt dat zorgverleners om de tafel moeten zitten om afspraken over proces en inhoud te maken. Zonder deze eenduidigheid ontstaat een woud aan afspraken en oplossingen die niet meer te informatiseren zijn en als zodanig een veelvoud aan kosten en risico's met zich mee brengen. De toenemende samenwerking in ketens maakt deze behoefte nog groter.

Ook is het onder zorgprofessionals een algemene wens om te voldoen aan professionele standaarden, zoals o.a. de richtlijn medicatiegegevens en de eisen die aan het aanleggen van patiëntendossiers gesteld worden.

3.3.1.2 Wat gaat er mis als het LSP zou verdwijnen?

De huidige alternatieven voor het LSP, die in de markt gebruikt worden, zijn OZIS of clusteroplossingen van XIS (HIS, AIS, etc.) softwareleveranciers.

Apothekers hebben met OZIS reeds lang een goed werkende uitwisselingsinfrastructuur voor de dienstwaarneming. Deze infrastructuur is in de loop van haar bestaan voor steeds bredere doelen ingezet en is in belangrijke mate de regionale uitwisselingsinfrastructuur geworden voor apothekers. OZIS is gebaseerd op verouderde technologie en kan niet het veiligheidsniveau bieden dat nodig is voor uitwisseling van medische gegevens. Zowel de gebruikers van OZIS als de leveranciers geven aan dat OZIS "end of lifecycle" is. Het opwaarderen en moderniseren van OZIS zal waarschijnlijk meer gaan kosten dan het voortzetten van het LSP.

De clusteroplossingen van softwareleveranciers werken alleen voor onderlinge uitwisseling tussen zorgaanbieders die op hetzelfde cluster zitten. De vergt dus dat zorgaanbieders die willen/moeten uitwisselen voor dezelfde leverancier kiezen. Informatie-uitwisseling tussen clusters van verschillende leveranciers is alleen mogelijk via OZIS of het LSP.

Als het LSP verdwijnt, dan zijn zorgaanbieders aangewezen op het verder gaan met OZIS of het gezamenlijk kiezen voor één leverancierscluster. De meeste softwareleveranciers hebben geanticipeerd op het beschikbaar komen van het LSP. Mocht het LSP als optie vervallen, dan staan deze leveranciers voor de opgave om hun software te upgraden naar modernere technologieën op het gebied van uitwisselingsstandaarden en beveiliging. Dit betekent een forse investering in tijd en geld. In die situatie bestaat er geen infrastructuur voor informatie-uitwisseling die voldoet aan de gestelde beveiligingseisen.

3.3.1.3 Behoeften van huisartsen en huisartsenposten¹

Voor de huisartsgeneeskunde is de coördinatie en uitwisseling van informatie een belangrijke voorwaarde om deskundige zorg aan de patiënt goed te kunnen blijven verlenen. Dit alles tegen de achtergrond van een toenemende en veranderende zorgvraag, maar ook in het licht van een veranderend zorgaanbod dat anders georganiseerd wordt en intensieve samenwerking met verschillende zorgverleners vereist. Keten zorg voor chronische ziekten is hiervan een goed voorbeeld. De diversiteit aan (regionale) zorgorganisaties die betrokken zijn bij de behandeling is toegenomen (zorggroepen bijvoorbeeld).

Huisartsgeneeskundige zorg gaat uit van het bieden van integrale zorg aan de patiënt en niet van het opsplitsen van het zorgaanbod in ziektebeelden. Daarom ook moet ICT worden ingezet om zorginformatie over de patiënt samen te brengen, te delen, en in één context te plaatsen. De regie op dit geïntegreerde zorgdossier is de taak van de huisarts, die ICT mede zal inzetten om zijn veranderende praktijkvoering efficiënt te kunnen organiseren.

Behandelinformatie moet beschikbaar zijn, zowel in de huisartsenpraktijk als op de huisartsenpost als bij een polibezoek. Voor iedere situatie is een specifieke set gegevens gewenst. Die gegevensset zal op basis van samenwerkingsafspraken tussen zorgverleners gedefinieerd worden.

Het is de taak van de huisarts om zorginformatie over de patiënt beschikbaar te stellen aan zorgprofessionals en medisch specialisten met wie een behandelrelatie met zijn patiënt bestaat. Dit vergt het vaststellen van specifieke ‘professionele samenvattingen’ uit ieders medisch dossier.

ICT-processen hebben een eenduidige landelijke aanpak met een regionale focus. Standaardisatie (proces, technisch) is daarbij essentieel.

Concreet hebben huisartsen, huisartsenposten en andere eerstelijns zorgorganisaties behoefte aan ondersteuning bij de volgende taken :

1) Medisch inhoudelijke taken

- a) Er is een actueel medicatiedossier, bestaande uit een patiëntgebonden en overzichtelijke weergave van voorgeschreven en verstrekte middelen, ongeacht welke arts heeft voorgeschreven of welke apotheker de verstrekking heeft verzorgd, alsook van de voor die patiënt gecontraïndiceerde middelen;
- b) Alle informatiesystemen van huisartsen en huisartsenposten zijn in staat ten behoeve van de avond-, nacht- en weekenddienst een waarneembericht te genereren conform de NHG-richtlijn (aangeduid als “professionele samenvatting”); de systemen van de huisartsen en van de huisartsenposten zijn in staat om deze dataset conform de in de dagpraktijk gehanteerde systematiek, te gebruiken, te verwerken en een gestructureerde terugrapportage te verzorgen, respectievelijk in het HIS episode gekoppeld in te lezen conform de landelijke standaard.

¹ Ontleend aan de Agenda Zorg-ICT 2-11-2014 van de LHV, VHN en NHG

- c) De systemen van de huisartsenposten kunnen een verwijsbericht doorsturen naar het ziekenhuis bij verwijzing naar de SEH/ziekenhuis;
 - d) Huisartseninformatiesystemen zijn in de curatieve spoedeisende sector 24 uur per dag bevraagbaar voor een kernset van gegevens van belang voor patiëntveiligheid en medicatieveiligheid, waaronder huisartsenposten, ambulancehulpverlening en (spoedeisende hulpafdelingen van) ziekenhuizen;
 - e) Informatiesystemen van huisartsen en huisartsenposten ontwikkelen aanvullend op b en c conform de eisen van de beroepsgroep een specifieke gegevensset voor overdracht van palliatieve zorg in avond-, nacht en weekenddienst.
 - f) De vastgestelde zorginhoudelijke en procesmatige parameters voor zorg aan chronisch zieken zijn gestandaardiseerd uitwisselbaar tussen bij die zorg betrokken hulpverleners en zorginstellingen;
 - g) Huisartseninformatiesystemen zijn in staat om patiëntgebonden objectieve meetgegevens (lab, röntgen, functieonderzoek) uit andere (ziekenhuis, laboratorium) informatiebronnen op te halen alsook een koppeling met in ontwikkeling zijnde patiëntenportal te verwezenlijken;
- 2) Ondersteunende & administratieve taken
- a) Informatiesystemen voor huisartsen en huisartsenposten zijn in staat om gegevens uit te wisselen voor collegiale feedback van de behandeling in de waarneming.
 - b) Bij verhuizen van patiënt naar een andere praktijk kan het volledige huisartsendossier elektronisch worden verzonden en in het systeem van de nieuwe praktijk gestructureerd ingelezen, via een beveiligde verbinding.
 - c) Gestandaardiseerde extractie van medische en bedrijfsmatige informatie ten behoeve van benchmarking voor individuele en/of groepen van huisartsen binnen regionaal verband conform de eisen van de beroepsgroep kan door de individuele huisarts gegenereerd worden.
 - d) Gestandaardiseerde extractie van medische en bedrijfsmatige informatie voor de benchmarking van huisartsenposten voor plaatselijk, regionaal en landelijk gebruik kunnen door de huisartsenposten gegenereerd worden en landelijk uitgewisseld.
- 3) Communicatie
- a) Via een met de zorginformatiesystemen geïntegreerde modulen en infrastructuur kunnen beveiligd
 - i) De patiënt en de huisartsenpraktijk met elkaar communiceren.
 - ii) De huisarts en de (regionale) zorgverleners communiceren via een specifiek beveiligde infrastructuur voor de zorg
 - iii) Door de individuele huisarts een gestructureerde bevraging volgens een landelijk uniforme vragenlijst naar patiëntervaring worden uitgevoerd
 - iv) Door de patiënt de geregistreerde gegevensset 'acute zorg' ingezien worden en van commentaar/aanvullingen voorzien. (o.a. essentiële gegevens uit de voorgeschiedenis, medicatie, levensgevaarlijke allergieën).
 - v) Huisartsenposten elektronisch afspraken plannen bij de eigen huisarts van de patiënt.
 - b) Regionale samenwerkingsverbanden voor communicatie en IT-netwerken zijn effectief gebleken voor communicatie en informatie-uitwisseling. Waar deze verbanden nog niet bestaan, wordt de vorming gestimuleerd.

Voor huisartsen betekent de introductie van het LSP dat ze hun dossiers actueel en volgens de richtlijnen van het NHG (ADEMD) ingericht hebben en patiënten aanmelden bij het LSP. In aanvank kost dat meer tijd dan dat het aan gemak en efficiëntie oplevert. Het elektronische terugontvangen en verwerken van het waarneemretourbericht is een efficiëntiewinst voor huisartsen.

Gestandaardiseerde en gestroomlijnde uitwisseling van gegevens zorgt niet alleen voor betere en veiliger zorg, maar levert ook efficiencywinst op doordat minder en minder verschillende administratieve handelingen in verschillende systemen verricht hoeven te worden. Ook het via gestandaardiseerde afspraken verzamelen van benchmarkinformatie levert aanzienlijk betere en actuelere beleidsinformatie op tegen lagere inspanningen.

Als het LSP een elektronisch verhuisbericht kan sturen voor patiënten van huisartsen, zodat het dossier automatische elektronische overkomt naar het eigen systeem, dan levert dat een groot efficiëntievoordeel op voor huisartsenpraktijken door vermindering van de administratieve last. Daarnaast is het wenselijk om afleverberichten van apotheken en elektronische specialistenbrieven te ontvangen via het LSP.

3.3.1.4 Behoeften van zorggroepen

De behoeften van zorggroepen is voor een deel gelijk aan de behoeften van de individuele deelnemers, zoals huisartsen. Daarnaast richten zorggroepen zich op ketenzorg, waaruit een aantal extra behoeften voorkomen.

Ketenzorg richt zich op patiënten met chronische aandoeningen zoals diabetes en COPD, een toenemend aantal mensen lijdt aan één of meer chronische ziekten. Bij ketenzorg zijn tal van zorgverleners betrokken in eerste en tweedelij en zowel vanuit de cure als vanuit de care. In dit netwerk van hulpverleners is veilige en adequate uitwisseling van informatie van groot belang.

Kenmerkend voor ketenzorg is dat veel dubbele registraties plaatsvinden in de vorm van eilandautomatisering. Huisartsen dreigen bij deze vorm van automatisering de rekening gepresenteerd te krijgen, omdat hun huisartsinformatiesysteem geen geïntegreerd onderdeel vormt van het ketenzorg systeem. De actuele informatie uit het huisartssysteem is echter van groot belang voor de keten.

Zorggroepen hebben behoefte aan

- Ondersteuning van de communicatie tussen zorgaanbieders en patiënten;
- Ondersteuning van de communicatie tussen zorgaanbieders onderling;
- Ondersteuning van de afstemming van behandeldoelen/een geïntegreerd behandelplan;
- Altijd en overal toegang tot relevante informatie;

3.3.1.5 Behoeften van apotheken

Apothekers hebben met OZIS reeds lang een goed werkende uitwisselingsinfrastructuur voor de dienstwaarneming. Deze infrastructuur is in de loop van haar bestaan voor steeds bredere doelen ingezet en is in belangrijke mate de regionale uitwisselingsinfrastructuur geworden voor apothekers. Tegelijkertijd voldoet deze infrastructuur inmiddels niet meer aan wettelijke maar ook technische eisen en moet vervangen worden. De leveranciers van deze infrastructuur hebben reeds lang aangekondigd de infrastructuur af te bouwen en de ondersteuning hiervoor te beëindigen.

De primaire behoefte van de apothekers is een infrastructuur die OZIS vervangt en waarmee de behoefte naar steeds bredere en betrouwbaarder informatie om veilige patiëntenzorg te kunnen leveren kan worden ingevuld. De behoeften zijn in de volgende paragrafen vertaald in gewenste functionaliteiten.

1. *Basisfunctionaliteiten op niveau OZIS beschikbaar en ingebouwd in XISsen, inclusief afspraken over aanlevering van relevante gegevens vanuit de voorschrijver (ICA, labwaarden)*

De gegevens die via OZIS worden ontvangen, zijn ongestructureerde data. De apotheker moet deze zelf toevoegen aan zijn dossier. Daarentegen worden via het LSP, bij het openen van een dossier, gegevens ontvangen op een gestandaardiseerde wijze. De medische gegevens die de apotheker gebruikt voor medicatie bewaking zijn hierdoor altijd actueel en kunnen direct betrokken worden bij het leveren van zorg. De overgang naar het LSP levert hier dus voordeel op.

Een belangrijke uitbreiding betreft de informatie over intoleranties, contra indicaties en allergieën (ICA) en labwaarden. Deze wordt betrokken uit de bron, zijnde de huisarts, cq het laboratorium. Als deze functionaliteit beschikbaar komt is dat voor apothekers een reden om over te stappen op LSP.

2. *Medicatiebegeleidend apotheker ingevuld*

Eveneens belangrijk voor apotheken is de mogelijkheid om vast te leggen welke apotheker de medicatiebegeleiding uitvoert. Deze apotheker kan dan via het LSP het volledige medicatiedossier bijhouden, waardoor hij proactief de medicatie kan bewaken. Het schept tevens duidelijkheid over de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor de medicatiebewaking.

3. *Medicatie overdracht*

Het verbeteren van de medicatieoverdracht is een van de manieren om medicatiegerelateerde patiëntschade terug te dringen.

Verschillende onderzoeken tonen aan dat de overdracht van een patiënt van de ene zorgverlener naar de volgende zorgverlener een van de meest kritieke momenten in de zorg is. Daar lopen patiënten het risico op patiëntschade en/of ziekenhuisopname. Dit risico moet worden uitgesloten.

Elektronisch recept, cq voorschrift

Elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen vermindert de kans op fouten en leidt tot belangrijke efficiencyvoordelen in apotheken. Het elektronisch

voorschrift bevat niet de digitale handtekening van de voorschrijver, het elektronisch recept wel. Elektronisch verkeer van voorschriften vindt momenteel op grote schaal plaats via Edifact verkeer.

Wijzigingen op voorschriften, inclusief start- en stopberichten

Deze informatie geeft helderheid over de status van voorschriften en verlaagt daardoor het risico op fouten.

Reden van voorschrijven

Als de apotheker via het elektronisch recept op de hoogte is van de indicatie, kan de apotheker controleren of het voorschrift juist is. Het gaat om middelen die bijvoorbeeld bij verschillende aandoeningen, in verschillende doseringen worden toegediend.

Uniform ontslagrecept

Door het ontslagrecept bij een eerste uitgifte te toetsen aan het huidige medicatiebeleid van de patiënt, kan de apotheek de communicatie tussen de 1^e en 2^e lijn bevorderen en een rationeel medicatiebeleid voor de patiënt bewerkstelligen.

Behoeften van ziekenhuizen

Ziekenhuizen hebben intern zeer veel informatie over een patiënt beschikbaar, maar hebben ook behoefte aan informatie die bij anderen vastgelegd is. De uitwisseling van informatie met zorgverleners buiten het ziekenhuis vindt op diverse manieren plaats. Een deel van de standaard verslaglegging richting huisartsen loopt via Edifact verkeer. Daar waar er geen Edifact beschikbaar is gaat er nog veel informatie via papier naar o.a. huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten, verzorgingshuizen enz. In lokale situaties zijn er oplossingen beschikbaar voor bijvoorbeeld het opvragen van medicatie of het verslag doen van voortgang over chronisch zieken die bij meerdere zorgverleners onder behandeling zijn. Deze lokale oplossingen zijn losstaande systemen die vaak goed werken voor het specifieke doel waarvoor ze gebouwd zijn maar integreren niet met de ICT omgeving van het ziekenhuis of andere gebruikers. Tevens zijn de systemen vaak slechts deels gebaseerd op standaarden waardoor zij niet breed ingezet kunnen worden in de zorg.

Medicatie

Bij het voorschrijven van medicatie is het altijd noodzakelijk om kennis te nemen van de huidige medicatie van een patiënt en eventuele overgevoeligheden e.d. (ICA). Dit wordt in de poliklinische setting nu veelal gedaan door deze gegevens op dat moment bij de patiënt na te vragen. Hierna wordt er een (handgeschreven) recept aan de patiënt meegegeven die hiermee naar de apotheek kan. Alle stappen in deze procedure zijn foutgevoelig en kunnen met de juiste ICT ondersteuning verbeterd worden.

In eerste instantie zal het opvragen van de actuele medicatie helpen om het complete beeld van het medicatiegebruik met meer zekerheid vast te stellen (EMD bericht). Door dit bericht te integreren in de ziekenhuissoftware zal het gebruik uiteindelijk weinig extra inspanning vragen terwijl het wel een beter en betrouwbaarder beeld geeft. Dit geldt ook voor de ICA parameters (EMD+), door deze kennis kunnen fouten bij voorschrijven van medicatie voorkomen worden.

Indien deze twee zijn ingevoerd is het elektronisch verzenden van het recept naar de stadsapotheek een logische volgende stap. Hierdoor zal de kans op lees- en overnamefouten maximaal teruggebracht worden. Indien ook de reden van voorschrijven toegevoegd is zal het nabellen van de apotheek richting specialist verminderen voor uitleg en nadere duiding.

Spoedeisende zorg

Indien een patiënt voor spoedeisende zorg in het ziekenhuis komt (zo'n 2.000.000 keer per jaar) is in veel gevallen slechts beperkt en soms geen informatie over de medische achtergrond beschikbaar. In spoedeisende gevallen is er ook niet altijd tijd of gelegenheid om navraag te doen naar de medische achtergrond. Toch is het evident dat juist in deze gevallen vaak goede achtergrondinformatie kan bijdragen tot snellere en betere interventie waardoor gezondheidsschade wordt beperkt of voorkomen.

Hiervoor is het wenselijk dat ziekenhuizen snel toegang kunnen krijgen tot beschikbare gegevens zonder dat zij daarbij afhankelijk zijn van anderen. Het EMD en EMD+ bericht zouden in eerste instantie een start zijn om informatie te leveren. Vervolgens is het gewenst om een SEH-bericht (extract actuele situatie vanuit huisarts) tot stand te brengen.

Omdat spoedzorg deels via de huisartsenposten loopt (doorverwijzing) zal er ook informatie via deze route snel en juist aangeleverd moeten kunnen worden.

Het is evident dat de behoeften die zijn beschreven voor de spoedeisende zorg in het

ziekenhuis onverminderd van toepassing zijn op de spoedzorg die verleend wordt via ambulancediensten.

3.3.2 Behoeften van patiënten

3.3.2.1 Patiëntveiligheid

Zorg moet zo veilig mogelijk zijn. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat niet optimale informatievoorziening in de zorg bij kan dragen aan het ontstaan van fouten, die vermeden hadden kunnen worden. De gevolgen daarvan kunnen zeer ingrijpend zijn: ziekenhuisopnames, onbedoelde schade en zelfs onnodig overlijden. Door de goede informatie op het juiste moment op de juiste plaats beschikbaar te hebben kan zorg veiliger worden. Dat is in de eerste plaats in het belang van de patiënt, maar even zo voor de medisch professional.

3.3.2.2 Informatievoorziening onafhankelijk van tijd en plaats

Zorggebruikers worden steeds mobieler en zorg wordt meer en meer door meer verschillende en samenwerkende zorgaanbieders verleent. Daarvoor is naast de medische gegevens ook informatie over het behandelproces nodig. Al die gegevens en informatie moeten virtueel meereizen met de patiënt op zijn weg door de zorg, op het moment en de plaats dat een patiënt tijd- en plaats-onafhankelijk beschikbaar zijn.

3.3.2.3 Heldere randvoorwaarden

In 2005 heeft de NPCF 10 randvoorwaarden benoemd t.a.v. gegevensuitwisseling (toen in het kader van het landelijk elektronisch patiëntendossier). Deze randvoorwaarden voor gegevensuitwisseling zijn nog steeds actueel en toepasbaar:

- a) Op basis van expliciete toestemming (opt-in) na goede informatie
- b) Goede autorisatie van zorgverleners en op basis van behandelrelatie
- c) Afscherming van gegevens die patiënt vertrouwelijk wil houden
- d) Uitsluiting van zorgverleners als de patiënt dat wenst
- e) Inzage door de patiënt ook via digitale weg
- f) Optimale beveiliging die voldoet aan de hoogste normen
- g) Effectief toezicht door onafhankelijke organisaties (CBP) én de patiënt zelf
- h) Geen toegang voor zorgverzekeraars, bedrijfs- en keuringsarts
- i) Koppeling met zelfmanagementtoepassingen
- j) Heldere voorlichting over doel, reikwijdte en rechten/plichten draagt bij aan bewustwording

Invulling van deze randvoorwaarden zal bijdragen aan het verhogen van het vertrouwen in de gegevensuitwisseling. Door patiënten zelf zeggenschap te geven op de gegevensuitwisseling en een directe feedbackloop te creëren naar de patiënt, krijgt de patiënt grip op de gegevensuitwisseling. Hierdoor is de infrastructuur niet meer “anoniem, oncontroleerbaar en bedreigend”, maar “dichtbij en controleerbaar”. Het bewustzijn van deze feedbackloops naar patiënten borgt ook de aandacht voor veiligheid en privacy bij zorgaanbieders.

3.3.2.4 Het creëren van een gestandaardiseerde basis voor zelfzorg en zelfmanagement

Door standaarden te ontwikkelen en implementeren voor de koppeling van PGD's op de medische dossiers van zorgaanbieders kan een veilige en kwalitatief hoogwaardige basis worden gelegd voor deze PGD's. In plaats van wildgroei en onvoorspelbare

kwaliteit van de gegevens, doordat elk PGD z'n eigen manier heeft om medische gegevens te verzamelen, ontstaat een gestandaardiseerde en voorspelbare kwaliteit (eenheid van taal). Dit kan een goede basis zijn voor zelfzorg, zelfmanagement en de interactie tussen patiënten en zorgaanbieders.

3.3.3 Behoeften van zorgverzekeraars

3.3.3.1 Een veilige en gestandaardiseerde infrastructuur voor uitwisseling tussen zorgaanbieders

Verzekeraars hechten groot belang aan de uitwisseling van medische gegevens tussen zorgaanbieders. Dit zal de kwaliteit van de zorg verhogen en de kosten die voortkomen uit onnodige medische fouten verminderen. De uitwisselingsinfrastructuur moet aan hoge veiligheidseisen en privacyeisen voldoen. Ook moet de infrastructuur voldoen aan marktstandaarden om de noodzakelijke uitwisseling tussen diverse zorgaanbieders mogelijk te maken.

3.3.3.2 Niet dubbel betalen

Verzekeraars zijn bereid om te investeren in de infrastructuur voor uitwisseling tussen zorgaanbieders, maar willen dan ook investeren in één infrastructuur en geen dubbele kosten hebben door op het werkterrein van het LSP ook nog andere infrastructuren te financieren. Dat betekent heel concreet dat verzekeraars stapsgewijs OZIS willen uitfasen en vervangen door het LSP.

3.3.3.3 Een basis voor innovaties met eHealth en zelfmanagement

Verzekeraars zien in het LSP een mogelijkheid om een basis te leggen voor eHealth oplossingen en zelfmanagement toepassingen. Het ontsluiten van het LSP voor Persoonlijke GezondheidsDossiers heeft dan ook een hoge prioriteit voor verzekeraars. Als er eenmaal een veilige en gestandaardiseerde infrastructuur is voor gegevensuitwisseling, kan dat een versnelling betekenen voor zorginnovaties. Hiermee moet het LSP de Nationale eHealth agenda faciliteren.

3.3.3.4 Een basis voor nieuwe uitwisselingsbehoeften

In de loop der tijd zullen er nieuwe behoeften ontstaan aan uitwisseling van medische gegevens. Het LSP moet het platform creëren waarop deze nieuwe uitwisselingen mogelijk zijn.

3.3.4 Conclusies uit de behoefteanalyse

De partijen die betrokken zijn bij het LSP hebben allen een goed doordachte en behoorlijk gevulde agenda voor de ontwikkeling van ICT faciliteiten. Hierbij is veel afhankelijk van een veilige en gestandaardiseerde uitwisselingsinfrastructuur. De doorontwikkeling van het LSP kan, samen met de doorontwikkeling van de XISsen, in veel van deze behoeften voorzien. In overleg met de betrokken partijen zal een agenda voor de doorontwikkeling van het LSP worden opgesteld die tegemoetkomt aan zoveel mogelijk wensen. Deze agenda zal waar nodig worden afgestemd met de XIS leveranciers, zodat ook hun commitment op voorhand is geborgd. Het spreekt voor zich dat er keuzes gemaakt moeten worden en prioriteiten moeten worden gesteld. De VZVZ zal het proces faciliteren om tot deze keuzes te komen.

4 Marktstrategie

4.1 Thematische marktontwikkeling

De doelstelling van de VZVZ is het bieden van oplossingen voor een betere en efficiëntere gezondheidszorg met behulp van veilige gegevensuitwisseling. Het LSP is daarbij geen doel op zich, maar een middel om de gezondheidszorg te verbeteren. Op basis van de behoefteanalyse is een achttal thema's benoemd die bepalend zijn voor de marktstrategie in de komende jaren. Die thema's lenen zich goed om door middel van veilige gegevensuitwisseling een positieve bijdrage te leveren aan de gezondheidszorg:

1. Veilige en efficiënte waarneming in de huisartsenzorg
2. Veilige en efficiënte medicatie
3. Veilige en optimale spoedzorg
4. Efficiëntie en gemak voor zorgaanbieders
5. Verhogen van betrokkenheid en eigen regie van patiënten
6. Een veilige (spoed)keten voor de geboortezorg
7. Efficiënte gegevensoverdracht in de jeugdgezondheidszorg
8. Ondersteuning van ketenzorg

De VZVZ heeft in 2012 zich met name gericht op regio's in het land die zelf het initiatief namen om weer aan de slag te gaan met het LSP. Mede om de associatie met een centrale top-down benadering te verminderen is deze wat reactieve opstelling gekozen. Naarmate de condities gecreëerd zijn voor succesvolle implementaties zal de VZVZ een meer proactieve marktbenadering kiezen; niet wachten tot de klant aanklopt, maar zelf actief er op uit om de mogelijkheden van het LSP uit te dragen en aan te bieden. De VZVZ hanteert daarbij de volgende uitgangspunten:

1. *Vastgestelde marktbehoefte*
Vanuit de beroepsgroep moet duidelijk zijn dat er in de markt behoefte is aan oplossingen vanuit het LSP.
2. *Werkende oplossingen*
De tijd tussen "beloven" en "realiseren" moet kort zijn. Dat betekent dat we pas op pad gaan naar zorgaanbieders als er ook daadwerkelijk oplossingen kunnen worden geboden.
3. *Regionale benadering*
De markt zal benaderd worden per groep van aanbieders die veel met elkaar uit te wisselen hebben via het LSP. Het LSP is tenslotte een uitwisselingsinfrastructuur en uitwisselen doe je niet alleen, maar samen. Voor een zorgaanbieder is het LSP pas zinvol als ze samen met de anderen met wie ze veel uitwisselen het LSP gaan gebruiken. In bijna alle denkbare situaties zijn dit regionale verbanden. De indeling die wordt gehanteerd voor de regionalisering van het LSP kan ook worden gebruikt voor de marktbenadering van de regio's. Vooralsnog zal de uitwisselen tussen huisartsen, huisartsenposten en apotheken ook technisch beperkt worden tot regionale uitwisseling. De uitwisseling met ziekenhuizen zal wel landelijk mogelijk zijn, omdat een patiënt steeds vaker in ziekenhuizen wordt behandeld buiten zijn/haar regio. Op termijn, als de patiënt zelf directe feedback uit het systeem krijgt als zijn/haar gegevens worden

geraadpleegd, zal worden geëvalueerd of de regionale beperkingen nog wel nodig zijn.

4. *Goede informatie*

We zorgen ervoor dat we weten waarover we het hebben. De lokale situatie moet in kaart gebracht zijn. Welke aanbieders gaat het om? Welke uitwisselingsinfrastructuur gebruiken ze nu? Welke regionale organisaties zijn betrokken? Welke XIS leveranciers zijn betrokken? Wat zijn de belangrijkste betrokken zorgverzekeraars? Welke ervaringen elders in het land zijn relevant? Per regio kan de aanpak verschillend zijn, afhankelijk van welke partijen in een regio het initiatief neemt.

5. *Gezamenlijke aanpak*

We streven ernaar om de markt te benaderen samen met de andere partijen die van belang zijn om een regionale oplossing te realiseren. Daarbij gaat het om de koepels van zorgaanbieders, de ketenorganisaties van zorgaanbieders, de XIS leveranciers en de zorgverzekeraars. Door samen met de andere partijen op te trekken naar de zorgaanbieders kan momentum worden gecreëerd om ook daadwerkelijk het LSP in gebruik te nemen.

Per thema is in de volgende paragrafen uitgewerkt welke bijdrage het LSP zou kunnen leveren aan verbetering van de gezondheidszorg en welke productontwikkeling daarvoor nodig is. Waar mogelijk (de eerste 3 thema's) is aangegeven op welke manier de markt concreet benaderd zal worden. .

Plateau's

De ontwikkeling van het LSP en de marktbenadering gaat uit van 3 plateau's:

- *Ia – Het creëren van de basis gegevensuitwisseling*
De gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders via het LSP is pas effectief als de belangrijkste basisgegevens over een patiënt kunnen worden uitgewisseld tussen samenwerkende zorgaanbieders. De basis hiervoor is het dossier van de huisarts en van de apotheken. Pas als deze basis goed gevuld is, kunnen ketenorganisaties, ziekenhuizen en patiëntendossiers gevoed worden met informatie. Daarom ligt de eerste jaren de nadruk op het goed gevuld krijgen van deze basis. Daarbij hoort ook het betrekken van de patiënt bij de gegevensuitwisseling (thema 5) en het aantrekkelijker maken van het LSP gebruik door bijvoorbeeld het ondersteunen van dossieroverdracht bij het verhuizen van patiënten (thema 4) en het makkelijker maken van het gebruik van de UZI middelen.
- *Ib – Het benutten van de LSP technologie*
Een aantal thema's hebben de basisgegevens van huisartsen en apotheken (vooralsnog) niet nodig. De beoogde uitwisselingen in de Perinatale Zorg (thema 6) en de Jeugd Gezondheidszorg (thema 7) zijn hier voorbeelden van. Deze uitwisselingen hebben vooral behoefte aan de technologie van de LSP infrastructuur. Deze uitwisselingen hoeven dus niet te wachten tot de basis gegevensuitwisseling op gang is gekomen, maar kunnen eerder van start.
- *II – Het voortbouwen op de basis gegevensuitwisseling*
Als de basis eenmaal gelegd is en er een behoorlijke vulling is bereikt van huisartsgegevens en medicatiegegevens, dan kan het LSP gaan dienen als een

platform waarop allerlei nieuwe innovaties tot stand kunnen komen. We kunnen dan denken aan het doorontwikkelen van medicatiebewaking (thema 2), het ondersteunen van de spoedketen (thema 3), het voeden van persoonlijke gezondheidsdossiers van patiënten (thema 5) en het faciliteren van eHealth programma's.

Na de beschrijving van de thema's in de komende paragrafen is in §4.3 uitgewerkt hoe de plateau's en de thema's in de tijd gefaseerd worden ontwikkeld en welke ambitieniveau daaruit volgt voor het aantal aansluitingen en de mate van gebruik van het LSP.

4.1.1 Thema 1: Veilige en efficiënte waarneming in de huisartsenzorg

4.1.1.1 Beschrijving thema

Huisartsen leveren tijdens kantooruren zorg aan bij hen ingeschreven patiënten. Voor zorgverlening buiten kantooruren zijn bijna alle huisartsen in Nederland aangesloten bij een huisartsenpost. Daar draaien zij zelf ook diensten. Voor de waarnemend huisarts is het van belang om over een samenvatting van het dossier van die patiënt te beschikken. Na de behandeling gaat er vanuit de huisartsenpost een waarnemretourbericht naar de eigen huisarts van de patiënt, dat (al dan niet automatisch) in het HIS van de huisarts wordt verwerkt.

4.1.1.2 Maatschappelijk nut

Door goede informatie-uitwisseling van en naar de huisartsenpost kan zorg beter en goedkoper worden geleverd. De volgende mix van materiële- en immateriële baten ontstaan door het LSP te gebruiken voor de uitwisseling van waarnemgegevens:

- Beter op de individuele patiënt afgestemde zorg
- Continuïteit t.a.v. de reguliere huisartsenzorg
- Minder medicatiefouten.
- Minder laboratoriumbepalingen
- Minder verwijzingen daarvoor in ANW-uren naar het ziekenhuis.
- Kleine tijdswinst ten opzichte van het uitvraag doen bij de patiënt zelf.

4.1.1.3 Benodigde productontwikkeling

De toepassingen Huisartswaarnemgegevens en Medicatiegegevens zijn reeds beschikbaar.

Er komt steeds meer behoefte aan een gestandaardiseerd elektronisch verwijsbericht tussen huisartsenpost en ziekenhuis; zeker nu veel huisartsenposten de zelfverwijzers naar de SEH opvangen. Dit verwijsbericht moet nog ontwikkeld worden.

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
HWg (Huisartswaarnem gegevens)	Gereed	Gereed	Gereed	De uitwisseling van HWg via het LSP is inmiddels in de praktijk beproeft en werkend bevonden voor de combinaties van de belangrijkste HAPissen en HISSen
EMD (Elektronisch Medicatie Dossier)	Gereed	Gereed	Gereed	
eOverdrachtbericht	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	

4.1.1.4 Marktbenadering

Onderstaande tabel concretiseert de verschillende aspecten van de marktbenadering:

Aspect	Invulling
<i>Werkende oplossingen</i>	Het WDH bericht is zowel in het LSP als in de XIS systemen geïmplementeerd. In de regio's Twente en Nijmegen functioneert de WDH uitwisseling al enkele jaren. Hierbij wordt het HAPis Protopics (Topico) gebruikt in combinatie met alle varianten van HISsen. In de regio Eindhoven en Den Bosch is dit jaar de WDH uitwisseling getest en beperkt in gebruik genomen op basis van Callmanager (Labelsoft). Ook in Friesland wordt getest met Callmanager. Labelsoft is de marktleider in de markt van huisartsenposten. Binnenkort kan worden vastgesteld of de combinatie Labelsoft en de HISsen voldoende goed werkt om landelijk verder uit te rollen. Er is nog een aantal aanpassingen dat moet worden verwerkt door een aantal XISsen, om de "cirkel" tussen huisartsen en huisartsenposten helemaal rond te krijgen. Hierover zal de VZVZ in overleg treden met de XIS leveranciers. De implementatietrajecten hoeven hier overigens niet op te wachten.
<i>Regionale benadering</i>	De VZVZ ontwikkelt op dit moment in overleg met de Gebruikersraad een regio-indeling. Deze indeling is gebaseerd op de structuur van HDSsen en dienstapotheken. De indeling kan worden aangepast als groepen samenwerkende zorgaanbieders (met name de regionale samenwerkingsorganisaties) dat willen. Deze regio's, en dan met name de HDSsen en regionale samenwerkingsorganisaties zullen worden benaderd en worden voorgelicht over de mogelijkheden van het LSP. Hierbij zullen de ervaringen uit de reeds werkende oplossingen worden gedeeld. De HDSsen zullen vervolgens de aangesloten huisartsen betrekken bij de voorlichting en de besluitvorming. Waar nodig zal dit worden ondersteund door de koepels LHV en VHN en door de VZVZ. Zie bijlage B voor een lijst met HDSsen, inclusief de implementatiefase voor het LSP.
<i>Goede informatie</i>	Per regio is het van belang de volgende vragen te beantwoorden: • Wie zijn de zorgaanbieders in de regio (huisartsen, huisartsenposten)? • Welke regionale organisaties ondersteunen de zorgaanbieders en welke rol spelen ze? • Welke HISsen en HAPissen worden gebruikt in de regio? • Welke andere uitwisselingsystemen gebruikt de regio nu (bijv. OZIS)? • Welke leveranciers zijn betrokken bij deze uitwisselingsystemen? • Welke ICT technische bijzonderheden moeten we rekening mee houden? • In hoeverre zijn in de regio door de zorgaanbieders al UZI-passen aangevraagd? • Wat is de houding in het verleden geweest ten opzichte van de LSP implementatie?

<i>Gezamenlijke aanpak</i>	De volgende partijen zullen betrokken worden bij de benadering per regio: • De koepels LHV en VHN; deze zullen de mogelijkheden van het LSP en de stand van zaken van de financieringsafspraken duidelijk maken • De XIS leveranciers (in ieder geval de HAPissen); deze zullen gevraagd worden om de mogelijkheden in hun systemen toe te lichten. • De (eventuele) regionale OZIS ring; met deze zullen afspraken worden gemaakt over het uitfasen van OZIS voor WDH. • De VZVZ; deze zal de follow-up en de ondersteuning regelen voor regio's die aan de slag willen. • De regionaal betrokken zorgverzekeraars; deze zullen duidelijk maken hoe de financiering geregeld is, zowel op landelijk niveau als voor de regionaal te maken projectkosten.
---------------------------------------	--

4.1.2 Thema 2: Veilige en efficiënte medicatie

4.1.2.1 Beschrijving thema

Veilige en efficiënte medicatie wil zeggen dat de apotheker bijdraagt aan een veilig medicatieproces dat is afgestemd op de individuele patiënt. De voorschrijver beschikt niet altijd over een volledig medicatiedossier en in spoedsituaties ontbreekt informatie over de door de patiënt gebruikte geneesmiddelen vaak. Door raadpleging van het medicatiedossier van de apotheker wordt voorkomen dat patiënten (ernstige) medicatie gerelateerde schade oplopen.

Waar nu nog de nadruk ligt op het signaleren van veiligheidsrisico's van patiënten in het algemeen, wordt het steeds beter mogelijk om risico's te herkennen die relevant zijn voor individuele patiënten, in steeds specifiekere situaties.

Het dossier

Het medicatiedossier is voor de apotheker een essentieel instrument om naast de voorschrijver een bijdrage te leveren aan het waarborgen van de medicatieveiligheid. Aangezien de farmacotherapie steeds meer geïndividualiseerd wordt, is het van belang om van iedere patiënt de relevante kenmerken te registreren, zodat patiëntspecifieke medicatiebegeleiding mogelijk wordt. Voorbeelden zijn intoleranties, contra indicaties en allergieën (ICA), bijzondere kenmerken zoals verminderde nierfunctie en de reden van voorschrijven.

Als uitgangspunt voor het medicatiedossier geldt de concept richtlijn patiëntendossier. Het EMD+ (ICA en medicatiebegeleidend apotheker) kan door andere zorgverleners geraadpleegd worden, waardoor de patiëntveiligheid toeneemt.

Medicatie bewaking

De kennis van labuitslagen van patiënten bij apothekers is, naast de reden van voorschrijven, van groot belang voor het verder verbeteren van de medicatiebewaking en medicatieveiligheid.

Met de labuitslagen van het ziekenhuis of het (huisartsen)lab kan de apotheker beter de voor de patiënt voorgeschreven medicatie beoordelen. Een voorbeeld is de verminderde nierfunctie die is geïdentificeerd als een van de belangrijkste onafhankelijke risicofactoren bij potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames.

Een verminderde nierfunctie heeft invloed op de kinetiek van veel geneesmiddelen. Aanpassing van de dosering is dan noodzakelijk voor veilige en effectieve toepassing van deze middelen.

4.1.2.2 Maatschappelijk nut

Het HARM-onderzoek heeft aangetoond dat in de 21 onderzochte ziekenhuizen 2,4% (714) van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van alle acute opnames medicatie gerelateerd zijn. Hiervan wordt 46% potentieel vermijdbaar geacht (Van den Bemt et al., 2006). Omgerekend naar alle Nederlandse ziekenhuizen betreft het 41.000 ziekenhuisopnames per jaar, waarvan 16.000 opnames waarschijnlijk vermeden hadden kunnen worden.

Een verminderde nierfunctie is geïdentificeerd als een van de belangrijkste onafhankelijke risicofactoren.

Een nadere analyse van HARM gevallen heeft aannemelijk gemaakt dat 10% van de potentieel vermijdbare ziekenhuisopnames gerelateerd is aan een nierfunctiestoornis (Leendertse et al., Submitted).

Het verstrekken van aanvullende informatie door voorschrijvers (bijvoorbeeld de reden van voorschrijven) zal met zich meebrengen dat het huidige receptenverkeer via Edifact wordt vervangen door berichtenverkeer via het LSP.

4.1.2.3 Benodigde productontwikkeling

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
EMD	Gereed	Gereed	Gereed	
EMD+ (ICA en Signaleringsfunctie)	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen bij de meeste XISsen	Leveranciers wachten op voldoende marktvraag en zeker perspectief op doorstart
Elektronisch voorschrift, elektronisch recept	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen	Bericht kan dienen voor alle voorschrijvers. In AORTA is geen afzonderlijk bericht voorzien met een totaal overzicht van ontslagmedicatie. Die informatie is wel bevroegbaar en kan samengesteld getoond worden.
Reden van voorschrijven op elektronisch voorschrift/recept	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen	Reden van voorschrijven is een vulling van een veld in het Elektronisch voorschrift en geen separaat product
Wijziging op voorschriften	Prestandaard voor stop- en mutatie berichten is beschikbaar voor pilot	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	
Inzage Labwaarden voor apothekers	Prestandaard beschikbaar	Beschikbaar in testfase, moet nog in productie worden genomen	Nog te ontwikkelen	Laboratoria worden niet gezien als zorgaanbieder en komen derhalve niet in aanmerking voor gebruik van UZI middelen. Alternatieve authenticatie is noodzakelijk

4.1.2.4 Marktbenadering

Onderstaande tabel concretiseert de verschillende aspecten van de marktbenadering voor de uitrol van EMD+. Als EMD+ als basis eenmaal is gelegd, dan kan de uitrol van volgende functionaliteiten minder intensieve marktbenadering plaatsvinden.

Voorwaarde is wel dat de functionaliteit goed werkt en zorgaanbieders ondersteunt in hun zorgtaken. Gegevens worden in een keten uitgewisseld; het gaat dus niet alleen om aanpassingen binnen de Farmacie, maar ook binnen de huisartsen moet de implementatie zijn afgerond. Hiervoor ligt een rol bij de VZVZ (goed werkende

infrastructuur), de XIS leveranciers (software aanpassingen in lijn met gebruikerswensen) en de Ledenraad.

Waarschijnlijk is dan centrale communicatie vanuit de koepels, de belangenvertegenwoordigers in de Ledenraad, de VZVZ en de XIS leveranciers voldoende.

Aspect	Invulling
<i>Werkende oplossingen</i>	De EMD oplossing (zonder +) is op dit moment beschikbaar in het LSP en in de XISsen. Een aantal samenwerkingsverbanden (Nieuwegein, wellicht Harderwijk en Twente) is van plan hiermee aan de slag te gaan en te kijken of daarmee OZIS in regio kan worden vervangen. Voor een actieve marktbenadering is het echter van belang dat de functionaliteit voor ICA en de signaleringsfunctie kan worden aangeboden. De verwachting is dat de XIS leveranciers tot medio 2013 nodig zullen hebben om deze functionaliteit in te bouwen. De actieve marktbenadering kan starten als de leveranciers een concrete releasedatum hebben afgegeven. Naar verwachting zal dit in de loop van het eerste kwartaal van 2013 zijn.
<i>Regionale benadering</i>	De regio's zullen volgens de regio-indeling van de VZVZ benaderd worden, en dan met name de dienstapotheken en regionale samenwerkingsorganisaties. Deze zullen worden voorgelicht over de mogelijkheden van EMD+. Vanuit de dienstapotheken kunnen de apothekers en huisartsen en huisartsenposten in de regio worden betrokken bij de voorlichting en de besluitvorming. Waar nodig zal dit worden ondersteund door de koepels KNMP, LHV en VHN en door de VZVZ. Als er draagvlak is onder de huisartsen en apothekers zullen de meest relevante ziekenhuizen worden betrokken bij het regioproject.
<i>Goede informatie</i>	Per regio is het van belang de volgende vragen te beantwoorden: • Wie zijn de zorgaanbieders in de regio (huisartsen, huisartsenposten, apothekers, ziekenhuizen)? • Welke regionale organisaties ondersteunen de zorgaanbieders en welke rol spelen ze? • Welke HISSen, AISsen en ZISSen worden gebruikt in de regio? • Welke andere uitwisselingsystemen gebruikt de regio nu (bijv. OZIS)? • Welke leveranciers zijn betrokken bij deze uitwisselingsystemen? • Welke ICT technische bijzonderheden moeten we rekening mee houden? • In hoeverre zijn in de regio door de zorgaanbieders al UZI-passen aangevraagd? • Wat is de houding in het verleden geweest ten opzichte van de LSP implementatie?
<i>Gezamenlijke aanpak</i>	De volgende partijen zullen betrokken worden bij de benadering per regio: • De KNMP; deze zal de mogelijkheden van het LSP en de stand van zaken van de financieringsafspraken duidelijk maken. • ASKA, NAPCO en VKAN; deze zullen aan hun leden c.q. aangesloten apotheken aangeven hoe ze tegenover de implementatie staan. • De XIS leveranciers; deze zullen gevraagd worden om de mogelijkheden in hun systemen toe te lichten. • De (eventuele) regionale OZIS ring; met deze zullen afspraken worden gemaakt over het uitschakelen van OZIS voor EMD. • De VZVZ; deze zal de follow-up en de ondersteuning regelen voor regio's die aan de slag willen.

	• De regionaal betrokken zorgverzekeraars; deze zullen duidelijk maken hoe de financiering geregeld is, zowel op landelijk niveau als voor de regionaal te maken projectkosten.
--	---

4.1.3 Thema 3: Veilige en optimale spoedzorg

4.1.3.1 Beschrijving thema

Spoedzorg omvat alle urgente en dringende zorg. Dat wil zeggen medische vragen en klachten waarvan behandeling of beoordeling niet langer dan enkele minuten tot maximaal de volgende werkdag is uit te stellen om overlijden, ernstige gezondheidsschade, ernstige pijn en ongemak of sterke ongerustheid te voorkomen. Spoedzorg wordt verleend door huisartsen (werkdagen), huisartsenposten (ANW-uren), regionale ambulancevoorzieningen (inclusief de ambulance meldkamer), spoedeisende hulpafdelingen, verloskundigen, en mobiele medische teams van traumacentra. Door betere samenwerking en overdracht tussen de zorgaanbieders moet de patiënt in de Spoedzorg beter en sneller geholpen worden. Bij de overdracht van gegevens gaat het om tijdig de juiste en complete gegevens te kunnen raadplegen.

4.1.3.2 Maatschappelijk nut

Bij spoedzorg is snelheid van cruciaal belang. Veel gegevens over de patiënt en diens gezondheid zijn vaak al ergens bekend; snel en veilig opvragen maken dat zaken niet opnieuw vastgesteld hoeven te worden door navragen of b.v. laboratoriumtesten. Een goede kennis van de medische voorgeschiedenis betekent dan ook dat snel met het juiste beleid gestart kan worden. Hiermee wordt onnodige schade of lijden door een vertraagde start van de behandeling voorkomen. Door het beschikbaar hebben van de juiste informatie b.v. ten aanzien van gebruikte medicatie of allergieën wordt de kans op een verkeerde behandeling aanzienlijk verkleind. Een verkeerde of vertraagde behandeling brengt naast de directe ongemakken voor de patiënt in veel gevallen extra kosten met zich mee zoals extra medicatie, verlengde opname of extra bezoek aan de ziekenhuis of arts.

4.1.3.3 Benodigde productontwikkeling

De communicatie rondom de spoedzorg kan als start gefaciliteerd worden met de bestaande berichten, nl. Huisartswaarneemgegevens (Hwg) en Medicatiegegevens (Mg). Een eerste gewenste toevoeging zou het EMD+ bericht zijn gevolgd door het SEH bericht.

Ook de ambulancezorg kan met deze drie berichttypes een aanzienlijke verbetering bereiken.

De berichttypes zijn alle drie ontwikkeld en het LSP kan EMD, EMD+ en HWG verwerken. Voor het SEH bericht moet het LSP nog wel worden aangepast.

De Ziekenhuis Informatie Systemen zijn deels aangepast op het verkrijgen van apotheekinformatie (het EMD bericht), de andere berichten kunnen nog niet ontvangen worden.

Om medische informatie van de patiënt op de SEH vanuit een huisartsinformatiesysteem te kunnen inzien en na het bezoek aan de SEH de huisarts door middel van een elektronisch bericht te kunnen informeren is door Nictiz de standaard e-Spoed ontworpen.

De inspanningen om deze standaard te realiseren in de HISSen zijn hoog. Om dat te omzeilen kan gebruik gemaakt worden van de professionele samenvatting. Belangrijk probleem is echter dat deze meer informatie bevat dan de richtlijnen voorschrijven. Als alternatief is daarom op het LSP een proof of concept uitgevoerd met een centrale transformatie van de Professionele samenvatting uit het HIS naar de SEH standaard.

Deze proef is succesvol verlopen en zou als tussenoplossing in de praktijk kunnen worden ingezet.

De ZISsen zullen de aansluiting op het SEH bericht in ieder geval moeten ontwikkelen.

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
EMD	Gereed	Gereed	Gereed	
EMD+	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen bij de meeste XISsen	Leveranciers wachten op voldoende marktvraag
Inzage medische gegevens in spoedsituaties	Pre standaard beschikbaar	Nog te ontwikkelen Impact eSpoed: Laag Impact translatieservice: Midden	eSpoed nog te ontwikkelen Impact eSpoed: Midden Translatieservice: Impact Nihil SEH Systemen: Nog te ontwikkelen Impact: Midden	

4.1.3.4 Marktbenadering

Onderstaande tabel concretiseert de verschillende aspecten van de marktbenadering:

Aspect	Invulling
<i>Werkende oplossingen</i>	De ziekenhuizen kunnen meedoen in de implementatie van EMD+, zie §4.3.2.4. De ontwikkeling van e-Spoed op basis van een transformatiedienst op het LSP kan medio 2013 worden opgeleverd. Hiervoor zijn geen aanpassingen in XISsen nodig. De actieve marktwerking kan in het eerste kwartaal van 2013 worden gestart.
<i>Regionale benadering</i>	De regio's kunnen worden benaderd per SEH van een ziekenhuis. Hierbij zullen de meest relevante regionale partijen (huisartsenposten, dienstapotheken, regionale samenwerkingsorganisaties, ambulancediensten) worden betrokken. Per SEH worden de mogelijkheden van e-Spoed duidelijk gemaakt en worden waar mogelijk afspraken gemaakt over implementatie.
<i>Goede informatie</i>	Per regio is het van belang de volgende vragen te beantwoorden: • Wie zijn de zorgaanbieders in de regio (SEH ziekenhuizen, ambulancediensten, huisartsenposten, (dienst)apothekers)? • Welke regionale organisaties ondersteunen de zorgaanbieders en welke rol spelen ze? • Welke HAPissen, HISsen, AISsen en ZISsen worden gebruikt in de regio? • Welke andere uitwisselingsystemen gebruikt de regio nu (bijv. OZIS)? • Welke leveranciers zijn betrokken bij deze uitwisselingsystemen? • Welke ICT technische bijzonderheden moeten we rekening mee houden? • In hoeverre zijn in de regio door de zorgaanbieders al UZI-passen aangevraagd? • Wat is de houding in het verleden geweest ten opzichte van de LSP implementatie?
<i>Gezamenlijke aanpak</i>	De volgende partijen zullen betrokken worden bij de benadering per regio: • De NVZ en de VHN; deze zullen de mogelijkheden van het LSP in de spoedketen en de stand van zaken van de financieringsafspraken duidelijk maken. • De XIS leveranciers; deze zullen gevraagd worden om de mogelijkheden in hun systemen toe te lichten. • De AZN (Ambulance Zorg Nederland) • De VZVZ; deze zal de follow-up en de ondersteuning regelen voor regio's die aan de slag willen. • De regionaal betrokken zorgverzekeraars; deze zullen duidelijk maken hoe de financiering geregeld is, zowel op landelijk niveau als voor de regionaal te maken projectkosten.

4.1.4 Thema 4: Efficiëntie en gemak voor zorgaanbieders

Dit thema bevat het volgende subthema:

- Het verhuisbericht voor de huisartsen

Dit thema is uitgewerkt in de volgende paragraaf. Het is overigens mogelijk dat aan dit thema nog nieuwe subthema's worden toegevoegd, naarmate er zich meer efficiëntiemogelijkheden voordoen voor zorgaanbieders.

4.1.4.1 Het verhuisbericht voor huisartsen

4.1.4.1.1 Beschrijving

Als een patiënt verhuist naar een andere huisarts, dan moet deze het op papier afgedrukte dossier overtypen en scannen in de eigen patiëntenadministratie. Het verhuisbericht stuurt bij een verhuizing van een patiënt naar een andere huisarts het dossier elektronisch over naar de ontvangende huisarts. Dit scheelt veel administratief werk. Met de grote verschuivingen van patiënten per jaar is het maatschappelijk nut evident. Minder inspanning voor de doktersassistente, minder fouten en een volledig(er) dossier bij de nieuwe huisarts. Bovendien beschikt de huisarts zo al over het dossier voordat de patiënt zich voor het eerst meldt.

Bij het verhuisbericht is de voorwaarde dat alle leveranciers over moeten om voordeel te behalen, bij andere oplossingen is het niet direct noodzakelijk alle leveranciers tegelijkertijd over te laten gaan.

4.1.4.1.2 Benodigde productontwikkeling

De standaard voor het verhuisbericht dient nog ontwikkeld te worden. His leveranciers hebben eerder aangegeven dat de voorkeur uitgaat naar een bericht dat aansluit op de huisartswaarneemgegevens (HL7v3). Voor HIS-leveranciers is de impact van de berichtontwikkeling groot, omdat het verhuisbericht het totale levensloopdossier beslaat. De impact wordt verder bepaald door het nog uit te werken uitwisselingsmechanisme. Mogelijk is er sprake van een verzoekmechanisme, er zal zekerheid geboden moeten worden over de verzending en ontvangst en er zal waarschijnlijk een koppeling moeten komen met het ION (Inschrijving Op Naam register). De oplossing is pas volledig effectief als ook de laatste leverancier heeft opgeleverd en de implementatie bij de laatste huisarts een feit is.

Tussenoplossing

Het is mogelijk om als tussenoplossing gebruik te maken van de standaard voor huisartswaarneming. Huisartswaarneming wordt nu alleen gezien in het licht van de avond en weekendwaarneming. Hiertoe hebben de huisartsposten de dossier opvragende rol en de waarneembericht versturende rol en de huisartspraktijken de dossier beschikbaarstellende rol en waarneembericht verwerkende rol geïmplementeerd.

Het opvragen van de Professionele Samenvatting door de nieuwe huisarts zou bij het aangaan van een nieuwe patiëntrelatie, bij verhuizing van een patiënt, ook de start kunnen zijn van een nieuw dossier. De nieuwe vaste huisarts heeft dan niet het volledig dossier, maar krijgt alvast een inzicht in de gezondheidssituatie van de nieuwe patiënt. Hij kan zelfs al behandelingen starten, maar de opgeleverde informatie is slechts als

werkdokument beschikbaar en kan nog niet als bron dienen. Procedureel is het van belang dat de oude huisarts de gegevens niet direct moet afmelden wanneer de patiënt wordt uitgeschreven, want dan zijn ze door de nieuwe huisarts niet meer opvraagbaar.

Deze oplossing kan ook ingezet worden voor passantenwaarneming.

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
eOverdrachtbericht	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen Impact: Groot	
Opvraging PS door huisarts	Gereed	Gereed	Deels gereed, deels nog te ontwikkelen Impact: Laag	

4.1.5 Thema 5: Verhogen van betrokkenheid en eigen regie van patiënten

4.1.5.1 Beschrijving van het thema

De patiëntenorganisaties en met name de NPCF zijn intensief betrokken geweest bij de discussies rondom de ontwikkeling van het EPD door VWS. Bij de private doorstart van het LSP onder de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders, verenigd in de VZVZ, zijn de patiëntenorganisaties betrokken en onderdeel geworden van de governance structuur in de vorm van een Patiënten- en Privacyraad. Deze raad adviseert over privacyaspecten en over de gewenste patiëntenfunctionaliteit van het LSP. De NPCF, die een voortrekkersrol speelt in deze raad, heeft een plan ontwikkeld voor deze patiëntenfunctionaliteit. Dit plan bevat drie deelprojecten:

1. *De ontwikkeling van functionaliteiten voor patiënten via een Goed Beheerde Patiëntenvoorziening op de AORTA-infrastructuur*
In dit deelproject wordt een standaardset van eisen ontwikkeld, waaraan patiëntenvoorzieningen moeten voldoen om te kunnen aansluiten op de infrastructuur. Tevens wordt functionaliteiten ontwikkeld op de LSP infrastructuur om deze aansluiting mogelijk te maken.
2. *Het opstellen van functionele eisen voor een Persoonlijk GezondheidsDossier*
In dit deelproject worden standaarden en functionele eisen ontwikkeld waaraan patiëntenportalen en persoonlijke gezondheidsdossiers moeten voldoen op het gebied van veiligheid, kwaliteit en patiëntgerichtheid. Gedacht wordt hierbij aan een keurmerk dat verstrekt kan worden aan patiëntenvoorzieningen die aan deze eisen voldoen.
3. *Een bewustwordingscampagne om patiënten en zorgconsumenten te activeren*
Veel zorggebruikers zijn onvoldoende op de hoogte van de mogelijkheden die er zijn op het gebied van eHealth en toegang tot de persoonlijke medische informatie. In dit deelproject worden deze deelprojecten breed onder de aandacht gebracht. Hierbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de Nationale Implementatie Agenda eHealth.

Het eerste deelproject is een samenwerking tussen de NPCF en de VZVZ en zal worden gefinancierd vanuit het ontwikkelbudget van de VZVZ. Het tweede en derde deelproject worden uitgevoerd en gefinancierd door de NPCF en VWS.

Bij het ontwikkelen van patiëntgerichte functionaliteiten op het LSP zijn er twee aandachtsgebieden:

1. Functionaliteit die betrekking heeft op het berichtenverkeer via het LSP. Hierbij kunnen we denken aan een patiëntenportaal op het LSP met als mogelijkheden:
 - a. Een signaal als medische gegevens worden opgevraagd of ingezien, door middel van een email-bericht en eventueel een (betaald?) SMS-bericht.
 - b. Inzicht bieden in bron en opvragers van medische gegevens, waarbij de patiënt kan zien hoe hij/zij in de verwijsindex staat en inzage krijgt in de logging.
 - c. Het kunnen geven van gedifferentieerde toestemming (opt-in) voor gegevensuitwisseling.
2. Functionaliteit die betrekking heeft op de inhoudelijke medische informatie over de patiënt. Hierbij kunnen we denken aan:
 - a. Downloaden van medische gegevens in standaard printbaar formaat.

- b. Downloaden van medische gegevens naar de online omgeving van de patiënt.
- c. Het synchroniseren van het PGD met de medische dossiers van zorgaanbieders.

Voor de ontwikkeling van functionaliteit voor het ontsluiten van de inhoudelijke medische gegevens is wel aandacht nodig voor de toegangsbeveiliging; het LSP is beveiligd op een zeer hoog niveau, met UZI-passen die op basis van persoonlijke identificatie worden verstrekt. De toegang voor individuele patiënten zal op een soortgelijk hoog beveiligingsniveau worden georganiseerd op basis van DigiD met SMS verificatie en persoonlijke identificatie.

4.1.5.2 Maatschappelijk nut

Het maatschappelijk nut van dit thema ligt op twee gebieden:

1. *Het verhogen van het vertrouwen in de gegevensuitwisseling*
Door patiënten zelf invloed te geven op de gegevensuitwisseling en een directe feedbackloop (inzage in de index en signalering van raadplegingen) te creëren naar de patiënt, krijgt de patiënt grip op de gegevensuitwisseling. Hierdoor is de infrastructuur niet meer “anoniem, oncontroleerbaar en bedreigend”, maar “dichtbij en controleerbaar”. Het bewustzijn van deze feedbackloops naar patiënten borgt ook de aandacht voor veiligheid en privacy bij zorgaanbieders. De noodzaak om “regionale schotten” in te bouwen in het LSP zal afnemen als deze feedbackloop eenmaal werkt; de menselijke maat is dan ingebouwd in het systeem zelf.
2. *Het creëren van een gestandaardiseerde basis voor zelfzorg en zelfmanagement*
Door standaarden te ontwikkelen en implementeren voor de koppeling van PGD's op de medische dossiers van zorgaanbieders kan een veilige en kwalitatief hoogwaardige basis worden gelegd voor deze PGD's. In plaats van wildgroei en onvoorspelbare kwaliteit van de gegevens, doordat elk PGD z'n eigen manier heeft om medische gegevens te verzamelen, ontstaat een gestandaardiseerde en voorspelbare kwaliteit (eenheid van taal). Dit kan een goede basis zijn voor zelfzorg, zelfmanagement en de interactie tussen patiënten en zorgaanbieders.

4.1.5.3 Benodigde productontwikkeling

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
Patiëntenportaal op LSP	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	Niet van toepassing (?)	
Standaarden opstellen voor PGD's	In ontwikkeling	Niet van toepassing	Niet van toepassing	
Toegangsbeveiliging oplossing voor patiënten	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen Impact: Onbekend	Niet van toepassing	
Berichten voor communicatie met patiënten en PGD's	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen Impact: Hoog	Niet van toepassing(?)	

4.1.6 Thema 6: Een veilige (snel)keten voor de geboortezorg

4.1.6.1 Beschrijving thema

Zorgaanbieders in de Perinatale zorg, bestaande uit zo'n vijfhonderdtwintig verloskundigenpraktijken en gynaecologen in circa honderd ziekenhuizen, wisselen in het kader van het begeleiden van en de zorg tijdens zwangerschap en geboorte zorginhoudelijke informatie uit. De sector wil deze samenwerking steeds meer ondersteunen door middel van elektronische communicatie. De focus ligt in eerste instantie op zorginhoudelijke en medische informatie die van cruciaal belang is in en rondom acute overdrachtsituaties, bijvoorbeeld in geval van een fluxus of foetale nood. In een volgende fase zullen ook de informatie-uitwisseling bij de reguliere overdracht en consulten digitaal ondersteund worden.

Op dit moment vindt ook digitale communicatie plaats tussen betrokken zorgverleners in de verloskunde en worden digitale berichten verstuurd aan de Perinatale Registratie Nederland en RIVM in het kader van landelijke registraties en screeningen. Dit vindt voornamelijk plaats buiten de landelijke infrastructuur om.

4.1.6.2 Maatschappelijk nut

Digitale gegevensuitwisseling wordt gezien als een belangrijk middel om de informatievoorziening, communicatie en samenwerking in de perinatale ketenzorg te verbeteren. De sector verwacht dat een betere gegevensoverdracht en -uitwisseling tussen betrokken zorgverleners in de verloskunde zal bijdragen aan een verbetering van de communicatie bij onder meer (acute) overdrachtsmomenten. Het betreft hier één van de adviezen van de Stuurgroep zwangerschap en geboorte om de vermijdbare babysterfte in Nederland te verminderen.

Door gebruik te maken van de landelijke infrastructuur verloopt de gegevensuitwisseling op veilige, betrouwbare en eenduidige wijze. Doordat ook ketenpartners als huisartsen en JGZ gebruik maken van dezelfde infrastructuur kunnen in de toekomst ook op veilige wijze gegevens uitgewisseld worden met ketenpartners.

4.1.6.3 Benodigde productontwikkeling

Begonnen wordt met het ondersteunen van de acute overdrachten van verloskundigen naar gynaecologen. De uitwisseling zal plaatsvinden in overeenstemming met de AORTA standaard, waarmee voldaan wordt aan bestaande wet- en regelgeving voor informatie-uitwisseling. Het betreft hier zogeheten pushverkeer waarbij, voor uitwisseling tussen zorgverleners, geen expliciete toestemming vereist is.

Op langere termijn wordt uitbreiding van de uitwisseling tussen 1e en 2e lijn voorzien in de vorm van reguliere overdracht en consulten.

Daarnaast worden pushberichten van verloskundigen en gynaecologen naar JGZ voorzien, mogelijk ook met RIVM en PRN (Perinatale Registratie Nederland).

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
Acute overdracht van verloskundige naar gynaecoloog	Gereed	Nog te ontwikkelen Impact: Laag	Nog te ontwikkelen	Mobiele werkplek van de verloskundige dient aan de AORTA eisen te voldoen. Vooralsnog wordt uitgegaan van gebruik van UZI middelen
Reguliere overdracht en consulten	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen Impact: Waarschijnlijk laag	Nog te ontwikkelen	
LSP aanpassen op aansluiting niet-zorginstellingen	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen Impact: Waarschijnlijk hoog	Nog te ontwikkelen Impact: Waarschijnlijk hoog	

4.1.7 Thema 7: Efficiënte gegevensoverdracht in de Jeugdgezondheidszorg

4.1.7.1 Beschrijving thema

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) biedt preventieve gezondheidszorg aan alle kinderen in Nederland van 0-19 jaar. Daarnaast geeft de JGZ de vaccinaties uit het rijksvaccinatieprogramma (RVP) en voert de neonatale hielprikscreening (NHS) uit.

De zorgaanbieders in de JGZ, ongeveer vijftig GGD'en en zorgorganisaties, wisselen onderling zorginhoudelijke informatie uit over kinderen. Het gaat daarbij vooral om overdracht van dossiers tussen de JGZ-organisaties bij o.a. verhuizing en wisselen van school en overdrachten van de JGZ-organisaties naar de GGD'en. Daarnaast wordt informatie uitgewisseld tussen de JGZ-organisaties en RIVM in het kader van het RVP en de NHS. De behoefte is om deze informatie via een veilige en betrouwbare infrastructuur uit te wisselen. De JGZ werkt alleen nog maar met een digitaal dossier.

4.1.7.2 Maatschappelijk nut

Alle informatie in de JGZ wordt digitaal vastgelegd waardoor digitale overdracht een vereiste is voor goede dossieroverdracht.

Digitale dossier overdracht binnen de JGZ en digitale uitwisseling van de gegevens in het kader van het RVP en de NHS dragen bij aan een grotere kwaliteit van zorg door:

- Continuïteit van zorg
- Minder belasting door dubbel uitvragen voor jeugdigen en ouders
- Minder fouten bij het geven en registreren van vaccinaties
- Snellere uitvoering van de hielprikscreening
- Ondersteuning op maat voor ouders bij een afwijkende uitslag van de hielprikscreening

Door gebruik te maken van gegevensuitwisseling met behulp van de landelijke infrastructuur gebeurt de gegevensuitwisseling op veilige en betrouwbare wijze. Doordat ook ketenpartners als verloskundig zorgverleners en huisartsen gebruik maken van dezelfde infrastructuur kunnen in de toekomst ook op veilige wijze gegevens uitgewisseld worden met ketenpartners.

4.1.7.3 Benodigde productontwikkeling

De volgende berichten dienen in eerste instantie ondersteund te worden:

- 1 Overdracht van digitaal dossier JGZ binnen JGZ
- 2 Uitwisseling gegevens Rijksvaccinatieprogramma tussen JGZ en RIVM
- 3 Uitwisseling gegevens Neonatale Hieprikscreening tussen JGZ en RIVM

De uitwisseling zal plaatsvinden in overeenstemming met de AORTA standaard, waarmee voldaan wordt aan bestaande wet- en regelgeving voor informatie-uitwisseling. Het betreft hier zogeheten pushverkeer waarbij, hoewel dit niet vereist is, in de processen is geborgd dat er voorafgaand expliciete toestemming voor de uitwisseling wordt gevraagd.

Product	Standaard/ Specificaties	LSP	XIS	Opmerkingen
Overdracht digitaal dossier binnen de JGZ	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen	
Uitwisseling Rijksvaccinatieprogramma tussen JGZ en RIVM	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen	Besluitvorming over het aansluiting van RIVM en autorisatieniveau noodzakelijk
Uitwisseling Neonatale Hieprikscreening van JGZ naar RIVM	Gereed	Gereed	Nog te ontwikkelen	Besluitvorming over het aansluiting van RIVM en autorisatieniveau noodzakelijk
Uitwisseling kinddossier tussen JGZ organisaties	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	Nog te ontwikkelen	

4.1.8 Thema 8: Ondersteuning van ketenzorg

4.1.8.1 Beschrijving thema

De samenstelling van de zorgvraag verandert en de zorgvraag wordt steeds complexer. Een toenemend aantal mensen lijdt aan één of meer chronische aandoeningen. Samenwerking tussen aanbieders van verschillende soorten zorg wordt hierdoor een vereiste. Het gezamenlijk aanbieden van zorg (ketenzorg) leidt tot hogere kwaliteit. Effectieve ketenzorg vermindert bovendien de druk op specialistische ziekenhuiszorg in de toekomst. Ketenzorg bestaat uit integrale samenwerking tussen verschillende aanbieders van zorg in de eerste en tweede lijn, welzijn en wonen. Ketenzorg kent meerdere aandachtsgebieden zoals diabeteszorg, COPD, CVA, GGZ en dementie. De ketenzorg organisaties zijn betrekkelijk jong en hebben sterke behoefte aan goede communicatie met de deelnemende zorgverleners.

Om deze zorg te optimaliseren en de kostenstijging te beperken, zijn multidisciplinaire zorggroepen (overwegend eerstelijns zorgaanbieders) opgericht. Deze groepen sluiten contracten met zorgverzekeraars om de chronische zorg in een regio te coördineren en uit te voeren. Voor deze organisatie van zorg is een goede efficiënte ondersteuning van zorgverleners en patiënten door ICT onontbeerlijk. Er zijn momenteel systemen die rechtstreeks vanuit het HIS van de huisarts werken, maar er zijn ook specifieke ketenzorgdossiers waar meerdere disciplines gezamenlijk in werken.

Om fragmentatie in deze zorg te voorkomen, is het noodzakelijk de informatisering van de integrale zorg te standaardiseren en te coördineren.

4.1.8.2 Maatschappelijk nut

Kenmerkend voor ketenzorg is dat veel dubbele registraties plaatsvinden in de vorm van eilandautomatisering. Huisartsen dreigen bij deze vorm van automatisering de rekening gepresenteerd te krijgen, omdat hun huisartsinformatiesysteem geen geïntegreerd onderdeel vormt van het ketenzorg systeem. De actuele informatie uit het huisartssysteem is echter van groot belang voor de keten.

Door het LSP te gebruiken voor de uitwisseling bij ketenzorg ontstaan de volgende baten:

- betere communicatie tussen zorgaanbieders en patiënten;
- betere communicatie tussen zorgaanbieders onderling;
- betere afstemming van behandeldoelen/een geïntegreerd behandelplan;
- tijdwinst voor patiënten en zorgaanbieders;
- altijd en overal toegang tot relevante informatie;
- betere kwaliteit van ketenzorg.

4.1.8.3 Benodigde productontwikkeling

Nictiz heeft door het opstellen van het e-Diabetes programma een gegevensset en een berichtimplementatie standaard neergelegd, welke vanuit de theorie zou moeten werken. Echter, een integrale aanpak van communicatie met andere zorgtoepassingen, zoals medicatie en huisartswaarneemgegevens was in dat traject geen randvoorwaarde. De acceptatie van dit programma is daarom zeer laag.

De Adviesgroep Ketenzorg (een coproductie van de LHV en de VHN) heeft in 2009 een advies opgesteld met eisen voor huisarts (HIS) en ketenzorg informatiesystemen (KIS).

Daarnaast is een generieke definitie voor alle chronische aandoeningen ontwikkeld, die afhankelijk van de aandoening gevuld wordt. Er is in eerste instantie rekening gehouden met diabetes, COPD/astma en CVRM. De Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) heeft deze gegevensset inmiddels overgenomen. Ook de technische standaarden voor een effectieve en veilige gegevensuitwisseling zijn gereed.

Er bestaat een “HIS-KIS convenant” tussen PharmaPartners B.V. (HIS Medicom®), Promedico ICT B.V. (HIS Promedico VDF en HIS Promedico ASP), Portavita B.V. (KIS Portavita) en VitalHealth Software B.V. (KIS Vital) dat een implementatie nastreeft van een eigen standaard op basis van HL7v3-berichten. Er zijn voor zover bekend geen implementaties van deze standaard op korte termijn voorzien.

In 2008 heeft OZIS het OZIS-ketenzorgbericht gedefinieerd. Een tijdlang is er weinig met dit bericht gedaan omdat de HIS'en het niet implementeerden. Onder druk van de markt (huisartsen) is daar verandering in gekomen en wordt het steeds meer gebruikt voor de communicatie tussen de HIS'en en KIS'en i.h.k. van de zorg aan chronische patiënten. Vorig jaar is in het kader van het Nationaal Actieprogramma Diabetes door de NDF, DVN (Diabetes Vereniging Nederland), NHG en LHV in samenwerking met Nictiz een e-Diabetes kernset gedefinieerd. Deze kernset beschrijft een minimale set aan parameters die ten behoeve van de zorgverlening aan mensen met diabetes type 2 door zorgverleners digitaal geregistreerd moeten worden. Deze kernset wordt sinds begin dit jaar geïmplementeerd in een drietal regio's. Tevens werkt Nictiz samen met het Platform Vitale Vaten, de Long Alliantie Nederland (LAN) en Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) aan een verbreding van de diabetes kernset.

OZIS heeft de eigen ketenzorg standaard gebaseerd op de EDIFACT berichten van huisartswaarneemgegevens. Op verzoek van OZIS is onlangs door de NHG gewerkt aan een eenmalige aanpassing van het huidige OZIS-ketenzorgbericht die ook aansluit bij de e-Diabetes kernset. Deze zou leiden tot het in stand houden van de OZIS infrastructuur op die plekken waar ketenzorg op deze berichten wordt vormgegeven. In eerdere plannen is de overgang van OZIS naar AORTA voor het dossier ketenzorg niet opgenomen. Nictiz zal met de ontwikkeling van een bericht met vergelijkbare functionaliteit als de aangepaste OZIS-ketenzorgbericht moeten starten. De te gebruiken standaarden moeten hiervoor vastgesteld worden. Er zal gestreefd moeten worden naar een kort time-to-market traject, omdat de druk om nu OZIS ketenzorgberichten te gaan uitrollen erg groot is. Eenmaal in de markt betekent dit een lang uitfaseringstraject.

De huidige professionele samenvatting (PS) uit het huisartssysteem dekt de informatiebehoefte niet volledig af, maar kan via de LSP transformatieservice omgevormd worden naar de verschillende actoren binnen de ketenzorg. Hiermee kan een tussenoplossing worden ontwikkeld, die het huidige OZIS bericht kan vervangen.

Voor deze verschillende actoren zal binnen de KIS-systemen ook de opvraagfunctie gerealiseerd moeten worden.

4.2 Regionalisatie

De Eerste en Tweede Kamer hebben er op aangedrongen om het LSP een regionaal karakter te geven. Ook groepen huisartsen en apotheken hadden deze uitdrukkelijke wens. De voornaamste reden hiervoor is het creëren van een overzichtelijke kleinschaliger structuur in plaats van een landelijke en anonieme infrastructuur. Voor deze regionalisatie is een opzet gemaakt van regio's rondom de HDSSen. Dat zal naar verwachting leiden tot 40 à 50 regio's. Voor ziekenhuizen en gebruikers die behoren tot meer dan één regio wordt binnen de regionale opzet een uitzondering gemaakt. In het LSP zullen vervolgens functies worden ingebouwd die het anonieme karakter tegengaan, zoals de mogelijkheid om patiënten een bericht te sturen als hun gegevens zijn geraadpleegd. Als deze mogelijkheden zijn ingebouwd zal worden geëvalueerd in hoeverre de ingevoerde regionalisatie nog noodzakelijk is voor het creëren van vertrouwen in de infrastructuur.

4.3 Belangrijkste stakeholders

De VZVZ acteert in een complexe omgeving en heeft te maken met veel spelers. Iedere stakeholder beïnvloedt in meer of mindere mate de marktpositie van het LSP. In eerdere hoofdstukken is dat toegelicht, hier volgt een samenvattende beschrijving.

Patiënten

Patiënten vinden het in het algemeen vanzelfsprekend als in die gevallen dat dat noodzakelijk is op de huisartsenpost, in het ziekenhuis of bij de medisch specialist hun voorgeschiedenis en medicijngebruik bekend is. Omgekeerd geldt dat ook voor het informeren van de eigen huisarts dat de patiënt contact heeft gehad met de huisartsenpost of de medisch specialist of behandeld is geweest in het ziekenhuis. De patiënt wil dat die gegevensuitwisseling op een veilige manier gebeurt en dat de privacy niet wordt geschonden. Patiënten willen zelf kunnen beschikken over een persoonlijk gezondheidsdossier.

NPCF

De patiëntenfederatie NPCF is een samenwerking van patiënten- en consumentenorganisaties die zich sterk maken voor alle mensen die zorg nodig hebben, nu of in de toekomst. De leden werken landelijk vanuit patiëntenperspectief op het terrein van volksgezondheid (beleidsontwikkeling, innovatie en belangenbehartiging).

Zorgverleners en zorgverlenende instellingen

Zorgverleners, zoals huisartsen, huisartsenposten, apothekers, ziekenhuizen, medisch specialisten zijn zowel leveranciers van informatie die via het LSP kan worden geraadpleegd als belanghebbenden bij het kunnen raadplegen ervan.

Apothekers hebben belang bij een compleet medicatiedossier inclusief bijzonderheden zoals ICA en lab waarden en reden van voorschrijven.

Huisartsen huisartsenposten, ziekenhuizen, medisch specialisten en spoedzorg moeten kunnen beschikken over medicatiegegevens.

Huisartsenposten, ziekenhuizen en spoedzorg hebben behoefte aan toegesneden informatie uit het huisartsdossier.

Huisartsen willen een (retour)bericht ontvangen over hun patiënten die op een huisartsenpost of SEH zijn geweest.

Soms is van een beroepsgroep extra inspanning vereist om aan de informatiebehoefte van een andere groep zorgverleners te voldoen. Soms kan ook het beschikbaar stellen van informatie het directe eigen beroepsbelang schaden.

Koepels

Belangrijke stakeholders zijn ook de koepels van zorgverleners, zoals LHV, NHG, KNMP, VHN, NVZ en NVZA. Zij komen op voor zorginhoudelijke en andere belangen van hun leden. Ze leveren bijvoorbeeld een belangrijke bijdrage aan de totstandkoming van standaarden. Koepels hebben te maken met diversiteit in hun achterban op velerlei gebied.

Leveranciers

Leveranciers van XISsen zijn van cruciaal belang voor de doorontwikkeling van hun software, waardoor gegevensraadpleging via het LSP mogelijk wordt gemaakt. Gebruikersverenigingen van zorgaanbieders zijn daarin bepalend.

Stichting OZIS heeft software ontwikkeld die gegevensuitwisseling, primair voor apothekers, mogelijk maakt. Het merendeel van de apothekers en een omvangrijk deel van de huisartsen maakt gebruik van OZIS programmatuur.

Gegevensbanken, zoals Stichting Health Base en Z-Index leveren basisinformatie voor XISsen.

Belangenverenigingen van apothekers

Bij apothekers zijn naast de KNMP een aantal belangengroeperingen opgericht; NAPCO, Vekan en ASKA. Zij komen op voor belangen van resp. onafhankelijke apothekers, Kring apotheken en ketenapotheken. De exploitanten van ketenapotheken zijn op zichzelf ook een stakeholder.

Regio's

Informatie-uitwisseling in de zorg is op regionale schaal ontstaan, er is sprake van een groot lokaal draagvlak. De infrastructuur is ontwikkeld op basis van in de regio bestaande behoeften. Sommige regio's hebben zelf in de loop der tijd een beheerorganisatie opgezet en willen de faciliteiten die zij bieden zoveel mogelijk in stand houden en zeggenschap behouden. Voor de VZVZ zijn de regio's het aanspreekpunt voor de marktbenadering

Standaardisatie organisaties (SDO)

Nictiz ontwikkelt in samenspraak met betrokken zorgverleners de standaarden voor het berichtenverkeer in de zorg. Met Nictiz zullen afspraken gemaakt worden over het tijdspad van de ontwikkeling van standaarden die nodig zijn voor het realiseren van de genoemde thema's.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zijn de financiers in het zorgstelsel. Zij streven er in het belang van hun klanten naar dat de zorgverlening voldoet aan eisen van kwaliteit en doelmatigheid. Ze sluiten daartoe contracten met zorgaanbieders..

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De inspectie ziet toe op de naleving van wet- en regelgeving en op met zorgaanbieders gemaakte afspraken, onder meer op het gebied van patiëntveiligheid.

Minister van VWS

De minister draagt, mede vanuit overheidsbemoeienis in het verleden, een belangrijke politieke verantwoordelijkheid op het specifieke terrein van patiëntveiligheid in de zorg.

4.4 Fasering

Onderstaande tabel toont de fasering van de marktbenadering en de implementatie in de tijd. De grijs tinten geven aan in welk plateau een thema-onderdeel zich bevindt. Met de verschillende kleuren is aangegeven in welke fase van ontwikkeling het betreffende onderdeel zich bevindt.

Thema		Onderdeel	2013				2014				2015				2016			
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Veilige en efficiënte waarneming in de huisartsenzorg	WDH					1											
2	Veilige en efficiënte medicatie	ICA							2									
		Medicatie begeleidend apotheker																
		Labwaarden																
		Reden van voorschrijven																
		Elektronisch voorschrift / Elektronisch recept																
		Wijzigingen op voorschriften																
3	Veilige en optimale spoedzorg	eSpoed																
		Uitbreiding																
4	Efficiëntie en gemak voor zorgaanbieders	Verhuisbericht HA																
		Tussenoplossing																
		UZI alternatief																
5	Verhogen betrokkenheid en eigen regie van patiënten	LSP portaal																
		Koppeling PGD																
6	Een veilige (spoed)keten voor de geboortezorg	Spoed bericht																
		Uitbreiding																
7	Efficiënte gegevensoverdracht in de Jeugdgezondheidszorg																	
8	Ondersteuning ketenzorg	Ketenbericht																
		Tussenoplossing									3							
Legenda																		
Plateau Ia: Het creëren van de basis gegevensuitwisseling																		
Plateau Ib: Het benutten van de LSP technologie																		
Plateau II: Het voortbouwen op de basis gegevensuitwisseling																		
Ontwikkeling standaarden door Nictiz																		
Analyse en ontwikkeling LSP infrastructuur																		
Ontwikkeling XISsen																		
Regionale implementatie, pilots, uitrol																		
Gebruik op grote schaal																		

- 1: Streefdatum voor het uitfaseren van OZIS voor huisartswaarneminggegevens.
- 2: Streefdatum voor het uitfaseren van OZIS voor medicatiegegevens.
- 3: Streefdatum voor het uitfaseren van OZIS voor ketenberichten.

Deze tabel geeft tevens inzicht in de verwachte ontwikkeling van het gebruik van het LSP. In de **paarse, rode** en **oranje** fases in nog geen gebruik te verwachten van enige omvang. In de **blauwe** fase stijgt het gebruik van nihil naar substantieel (0% - 60%) en in de **groene** fase zal de grote meerderheid van de beroepsgroep het betreffende onderdeel via het LSP gebruiken (60% - 90%+).

4.5 Ambitieniveau aansluitingen en gebruik LSP

De realisatie van de in dit hoofdstuk beschreven thema's zullen leiden tot een forse toename in het gebruik van het LSP. Onderstaande tabel geeft de percentages aan voor het aantal aansluitingen en de mate van gebruik die naar verwachting minimaal gehaald zullen worden aan het einde van het betreffende jaar. Het gebruik wordt voor huisartsen en apotheken gemeten in termen van het aantal aangemelde patiëntendossiers. Bij huisartsenposten wordt het gebruik gemeten in termen van het aantal waarneemretourberichten in verhouding tot het aantal bezoeken aan de huisartsenpost.

	2013	2014	2015
Huisartsen			
• Aangesloten huisartsen	70%	90%	95%
• Aangemelde patiëntendossiers	50%	70%	90%
Huisartsenposten			
• Aangesloten huisartsenposten	90%	100%	100%
• Waarneemretourberichten/bezoek	50%	70%	90%
Apotheken			
• Aangesloten apotheken	70%	90%	95%
• Aangemelde patiëntendossiers	50%	70%	90%
Ziekenhuizen			
• Aangesloten ziekenhuizen	30%	70%	90%

Ongeveer 30% van de patiënten is chronisch ziek of een kwetsbare oudere. Deze groep bezoekt frequent verschillende zorgaanbieders. Het is dan ook de bedoeling om deze groep als eerste aan te melden. Deze 30% maakt dan ook deel uit van de 50% aangemelde patiëntendossiers die eind 2013 gerealiseerd moet zijn.

Als de genoemde percentages worden gerealiseerd, dan is het mogelijk om OZIS per 1 januari 2014 voor de huisartswaarneming te vervangen door het LSP en per 1 juli 2014 voor de medicatiegegevens. Met de leveranciers in de Stichting OZIS zijn afspraken gemaakt om dan OZIS te laten opvolgen door het LSP.

5 De technologische doorontwikkeling van het LSP

5.1 Van schakelpunt naar schakelplatform

5.1.1 Huidige situatie

Het doel bij de ontwikkeling van AORTA architectuur, en in het verlengde daarvan de landelijke infrastructuur, is het beschikbaar hebben van volledige en actuele medische gegevens, ongeacht tijd en plaats. Wet en regelgeving, veiligheid en betrouwbaarheid zijn integraal onderdeel geweest van het ontwerp. De kern hiervan ligt besloten in het vertrouwensmodel. In dit vertrouwensmodel worden eisen gesteld aan de veiligheid van de systemen (GBZ en ZSP eisen, NEN7510, kwalificatie), unieke identificatie van zorgaanbieders (UZI) en patiënten (BSN), toegang tot de gegevens (authenticatie en autorisatie), inzage en invloed van de patiënt (opt-in, logging, inzagerecht) en het toezicht (security monitoring).

Het vertrouwensmodel vormt daarmee het fundament voor alle zorgtoepassingen (zoals huisartswaarneminggegevens en medicatiegegevens) die over de infrastructuur mogelijk worden gemaakt.

5.1.2 Interne ontwikkelingen

Met de splitsing van het Nictiz Expertisecentrum en het Servicecentrum wordt ook de AORTA architectuur gesplitst. Nictiz zal in opdracht van de overheid en op verzoek van het zorgveld informatiestandaarden voor zorgtoepassingen blijven onderhouden en ontwikkelen.

Het Servicecentrum onderhoudt, na de splitsing, de architectuur van de AORTA infrastructuur en zal deze doorontwikkelen. Nieuwe zorgtoepassingen worden naar behoefte van het veld binnen de AORTA infrastructuur beschikbaar gesteld. Deze zorgtoepassingen worden op basis van beschikbare techniek en industriestandaarden voorzien van een passende uitwisselingsinfrastructuur, voldoende aan wet en regelgeving en een verantwoord beveiligingsniveau.

5.1.3 Externe ontwikkelingen

Parallel aan de ontwikkeling en implementatie van het LSP zijn door het veld in samenwerking met de industrie voor lokale en regionale vraagstukken eigen oplossingen ontwikkeld. Een deel van deze oplossingen is gebaseerd op in opdracht ontwikkelde applicaties (maatwerk), OZIS (ketenzorg), regionale schakelpunten (communicatie en conversie functionaliteit) en internationale ontwikkelingen (IHE). Ook voor de patiënt komen er steeds meer toepassingen beschikbaar (zorgaanbiedersportalen en zelfzorgdossiers).

5.1.4 Lokaal of landelijk

Op lokaal niveau bestaat, eerder dan op landelijk niveau, de motivatie en het vertrouwen om als zorgaanbieders samen te werken. Dit biedt de mogelijkheid om intensief gegevensuitwisseling te beproeven. De schaalgrootte leent zich bij uitstek om op regionaal niveau stap voor stap de samenwerking verder uit te bouwen, en de keuzes te maken die nodig zijn om die samenwerking te ondersteunen met een regionale informatievoorziening voor de zorg. Daarbij staat de praktische oplossing voor het samenwerkingsprobleem voorop, en is er (vanwege de complexiteit of kosten) in eerste instantie vaak minder aandacht voor de standaardisatie- en beveiligingsvraagstukken. Meestal worden deze vraagstukken pas actueel bij verdere opschaling.

Op landelijk niveau staan deze vraagstukken juist centraal in het ontwerp. De landelijke ontwikkelingen verlopen zeer gestandaardiseerd en wettelijk onderbouwd en met betrokkenheid van vele partijen. Het doel is dat uiteindelijk iedereen (landelijk) kan aansluiten.

5.1.5 Lokaal én landelijk

Er is een sterke behoefte om de lokale- en landelijke ontwikkelingen te integreren. Voor een snelle time-to-market en draagvlak bij de introductie van nieuwe toepassingen is het van belang om de innovatie- en implementatiekracht van de samenwerkingsverbanden te benutten. Tegelijkertijd biedt de centrale infrastructuur het ideale fundament om veilige gegevensuitwisseling te realiseren. Door architecturale en technologische integratie tussen landelijk en lokaal ontstaat synergie en kunnen gedragen oplossingen gerealiseerd worden met een verantwoord niveau van veiligheid.

5.1.6 Platform

De integratie tussen landelijke en lokale toepassingen kan mogelijk gemaakt worden door de centrale infrastructuur als uitwisselingsplatform met veilige communicatiediensten breder beschikbaar te stellen. Op dit platform kunnen reeds beschikbare diensten (zoals de Verwijsindex, Logging, Autorisatie en Authenticatie) van de infrastructuur ontsloten worden voor toepassing binnen de lokale, regionale en inter-regionale oplossingen. Het platform kan naar behoefte van het zorgveld en de industrie verbreed worden met andere uitwisselingsprotocollen (zoals IHE XDS) en berichtstandaarden (zoals HL7v2, CCR/CCD). Daarbij biedt de netwerklaag van het platform veilige connectiviteit tussen alle aangesloten partijen. Op lokaal niveau kunnen deze diensten geïntegreerd worden in de eigen omgeving. Dit kan binnen de bestaande opzet van het LSP, en binnen het beveiligde netwerk van alle reeds aangesloten Zorgserviceproviders, gerealiseerd worden.

Door deze aanpak wordt het –in lijn met de IHE gedachte- mogelijk om per zorgtoepassing die infrastructurele bouwstenen en informatiestandaarden in te zetten die gezamenlijk de beste oplossing bieden voor de vraag van het veld. Hiermee wordt kosteneffectief hergebruik van reeds beschikbare componenten mogelijk. Tegelijkertijd wordt een groeipad geboden om op kleine schaal toepassingen te introduceren en deze bij succes zonder grote desinvesteringen in andere regio's in te voeren, en vervolgens indien gewenst naar landelijk niveau op te schalen.

Vanuit het perspectief van de afnemer (de zorgaanbieder en de patiënt) is er uiteindelijk geen onderscheid tussen landelijke, regionale en lokale diensten. In het platform-model worden deze in een geïntegreerde omgeving ontsloten binnen een veilige infrastructuur.

5.2 De ontwikkeling van de UZI-middelen

5.2.1 De technologische doorontwikkeling

Uitwisseling van medisch-inhoudelijke informatie vereist, conform de WBP, de NEN7510/7512 en de STORK-richtlijnen, dat gebruik gemaakt wordt van een sterk authenticatiemiddel. Keerzijde van een hoge mate van beveiliging van het berichtenverkeer is dat er een drempel wordt opgeworpen voor het gebruiksgemak, voor de toegankelijkheid van de informatiesystemen, en dat hiermee bovendien een serieuze kostenpost wordt geïntroduceerd.

Met het gebruik van de UZI-pas is inmiddels ruime ervaring opgedaan. Uit de praktijk blijkt dat het gebruik van een pas met name door apotheken als een verstoring van het proces wordt ervaren. Bovendien is de verwachting meermaals bevestigd dat met name ziekenhuizen de introductie als problematisch zullen ervaren. Voor het verhogen van het gebruiksgemak van de pas zijn oplossingen in onderzoek. Innovatieve technieken zoals het draadloos maken van de pas middels bluetooth en het toepassen van biometrie (vervanging van de pincode door de vingerafdruk) kunnen een wezenlijke bijdrage leveren. Het veelvuldig wisselen van werkplek zou hiermee beter ondersteund kunnen worden. Het gebruik van draadloze paslezers in combinatie met de UZI-pas wordt reeds op beperkte schaal in de praktijk getoetst. Voor de toepassing van biometrie is een werkend prototype ontwikkeld dat verdere toetsing behoeft.

In de ziekenhuizen treedt met name de belemmering op dat met eigen passen gewerkt wordt en dat het opleggen van weer een extra specifieke pas tot passenwildgroei leidt. Onderzocht wordt onder welke voorwaarden binnen de grotere instellingen een eigen pas toegestaan kan worden voor berichten verkeer met het LSP. Eén van de consequenties zou kunnen zijn dat er meer gedecentraliseerde verantwoordelijkheid bij de instellingen wordt gelegd als het gaat om het vaststellen en loggen van de identiteit en authenticiteit van de betreffende zorgverlener die informatie aanbiedt of afneemt. Dit is echter een ingrijpende aanpassing van het vertrouwensmodel. Een andere mogelijkheid die wordt onderzocht is hoe de instellingen de UZI-pas zouden kunnen inzetten als hun eigen pas.

Naast de vraag of de belemmering van het gebruiksgemak kan worden verminderd, wordt nadrukkelijk ook de vraag gesteld of het exclusieve gebruik en het aanvraagproces van de UZI-middelen wel kosteneffectief en efficiënt is. Het onderzoek naar het gebruik van al ingevoerde passen bij de instellingen beoogd ook hier een antwoord op te geven. Daarnaast wordt onderzocht of alternatieven voor de UZI-pas voorhanden zijn en of deze belangrijke efficiëntievoordelen kunnen bieden. Ook in het geval er een mogelijkheid wordt gevonden om eigen passen toe te staan, zal een generieke oplossing die aan alle eisen voldoet aangeboden moeten kunnen worden aan al die zorgaanbieders die niet in staat zijn om dit zelfstandig uit de markt te betrekken. Vanaf 2013 zal, naar het zich laat aanzien, een fors bedrag betaald moeten worden voor de UZI-pas, wat het onderzoek naar alternatieven zeer urgent maakt.

Bij het UZI-register is de RA (Registry Authority) en de CA (Certificate Authority) in één hand. Het Diginotar-schandaal heeft scherper gesteld dat de afhankelijkheid van één CA geen gewenste situatie is. Dit is op zich al een reden om er voor te zorgen dat er meerdere leveranciers van certificaten aan het LSP worden verbonden en reden te meer

om het onderzoek te intensiveren. In samenspraak met het UZI-register wordt onderzocht hoe we tot meerdere CA's kunnen komen en hoe de toekomst van hun RA functie voor het LSP kan worden behouden als alternatieve authenticatie middelen worden toegestaan.

Uit het onderzoek naar de UZI middelen kunnen voor dit businessplan de volgende uitgangspunten worden ontleend:

- De VZVZ zal oplossingen helpen ontwikkelen waarmee de UZI-pas draadloos kan worden toegepast (via bluetooth of WIFI). Hiermee zal de inpasbaarheid van de UZI-pas in de werkprocessen van apotheken, maar ook van huisartsen en huisartsenposten, sterk verbeteren.
- De VZVZ streeft naar één pas voor ziekenhuizen. Dit is ofwel de eigen pas van een ziekenhuis waarop de UZI certificaten worden toegevoegd, ofwel de UZI-pas waar ziekenhuis specifieke functies aan zijn toegevoegd. Deze oplossing vergt nog de nodige discussie met het CIBG, maar de VZVZ gaat er van uit dat de één-pas oplossing mogelijk gemaakt zal worden.

5.2.2 Gastgebruik

Naast bovengenoemde technologische ontwikkelingen rondom de UZI-pas speelt ook de behoefte aan gastgebruik van de UZI-pas. Gastgebruik houdt in dat een UZI-pas gebruiker op meerdere locaties en binnen meerdere zorgaanbieders dezelfde UZI-pas kan gebruiken, in plaats van voor elke situatie een nieuwe pas aan te vragen.

Dit gastgebruik is nu al actueel bij huisartsen op de huisartsenpost; een huisarts kan op de post dezelfde UZI-pas gebruiken als in zijn eigen praktijk. De wens is om dit ook mogelijk te maken voor apothekers, waar apothekersassistenten soms op meerdere vestigingen werken. Het LSP heeft deze functionaliteit centraal gerealiseerd. Wel zullen de apothekerssystemen hier nog op moeten worden aangepast. De VZVZ zal deze behoefte meenemen in de ontwikkelingen van het werkplan en de besprekingen met de AIS leveranciers.

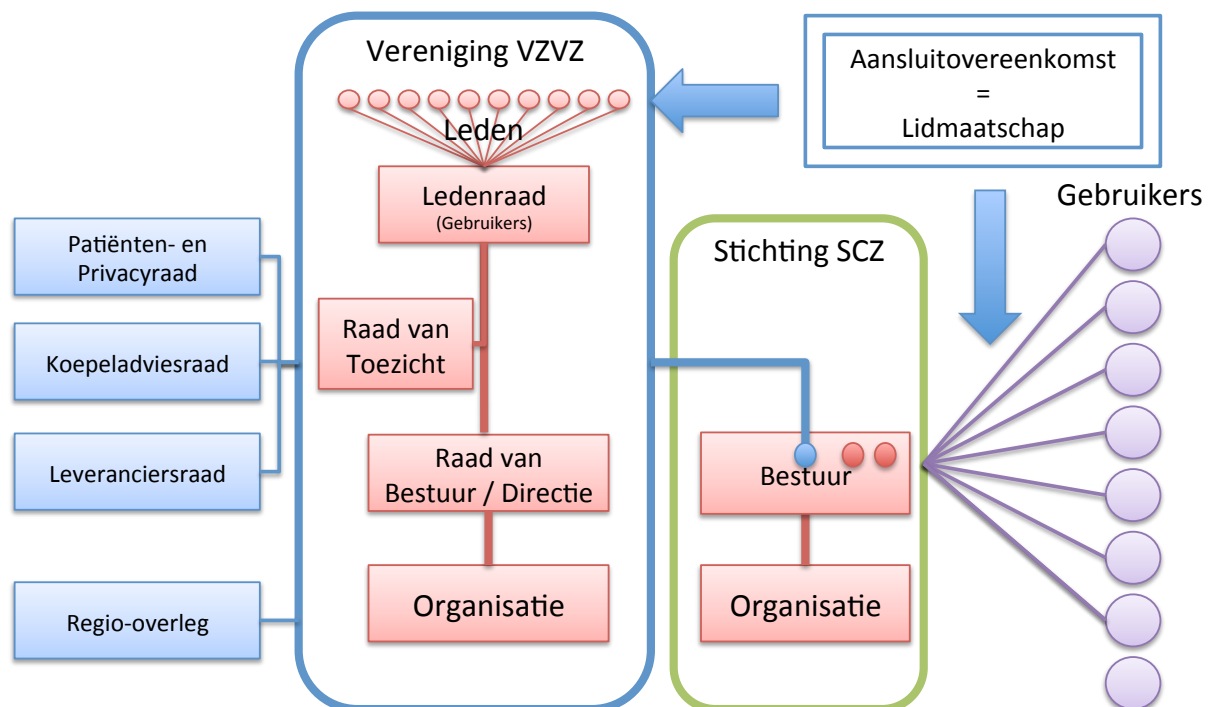
6 Interne organisatie en governance

6.1 Juridische structuur en governance

De VZVZ is een vereniging van zorgaanbieders en Verantwoordelijke voor de gegevensverwerking in de zin van de WBP (Wet Bescherming Persoonsgegevens). Alle zorgaanbieders die het LSP gebruiken zijn lid van deze vereniging. Het SCZ is een stichting die de exploitatie en de ontwikkeling van het LSP uitvoert. De VZVZ en het SCZ zijn tot een eenheid gesmeed door de VZVZ te laten optreden als bestuurder van het SCZ en de Raad van Toezicht van de VZVZ het bestuur van de VZVZ en het bestuur van de SCZ te laten benoemen. Naast de VZVZ als dagelijks bestuurder kent het SCZ nog één of twee bestuurders “op afstand” die een specifieke verantwoordelijkheid en deskundigheid hebben op het gebied van de ICT aspecten van het SCZ. Deze onafhankelijke bestuurders hebben de bevoegdheid een bindend advies in te roepen in de situatie dat de VZVZ onverhoopt besluiten zou nemen die onverantwoord zijn voor de stabiliteit en de continuïteit van de ICT exploitatie en ontwikkeling.

Er is een verdeling gemaakt tussen beleid en uitvoering. De beleidsmatige governance structuren zijn georganiseerd binnen de vereniging VZVZ. De uitvoering is belegd bij de stichting SCZ.

De aansluitingsovereenkomst wordt gesloten met de stichting SCZ. In deze aansluitingsovereenkomst wordt tevens het lidmaatschap van de vereniging VZVZ geregeld.



De Ledenraad van de VZVZ is samengesteld uit vertegenwoordigers van de gebruikers van de systemen van zorgaanbieders (XISsen). Als de gebruikers van een XIS zich georganiseerd hebben in gebruikersverenigingen, dan kunnen deze een afvaardiging in

de ledenraad benoemen. Anders kan een andere vorm van gebruikersvertegenwoordiging worden afgevaardigd in de ledenraad. De essentie is dat de leden van de Ledenraad een substantiële hoeveelheid gebruikers vertegenwoordigen. De Ledenraad heeft tenminste de bevoegdheid om de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht te benoemen en ontslaan (op voordracht van de Raad van Toezicht), het meerjarenplan goed te keuren, het jaarplan inclusief begroting goed te keuren, de jaarrekening goed te keuren en decharge te verlenen of onthouden aan de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht.

De Raad van Toezicht van de VZVZ is samengesteld uit een vertegenwoordiging van de zorgaanbieders, de patiëntenorganisaties en de zorgverzekeraars. De Raad van Toezicht wordt voorgezeten door een onafhankelijke voorzitter. De Koepeladviesraad stelt de kandidaten voor de vertegenwoordiging vanuit de zorgaanbieders. De Patiënten- en Privacyraad stelt de kandidaten voor de patiëntenvertegenwoordiging en Zorgverzekeraars Nederland stelt de kandidaten voor de vertegenwoordiging van de zorgverzekeraars. De Raad van Toezicht doet op basis van deze kandidaatstelling een voordracht aan de Ledenraad.

De Raad van Toezicht heeft tenminste de bevoegdheid om de leden van de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht voor te dragen voor benoeming en ontslag, het meerjarenplan goed te keuren, het jaarplan inclusief begroting goed te keuren, de jaarrekening goed te keuren en grote investeringen goed te keuren.

De Raad van Bestuur van de VZVZ kent geen vertegenwoordiging van achterbannen, maar is samengesteld uit onafhankelijke professionele bestuurders. De Raad van Bestuur treedt tevens op als directie van zowel de VZVZ als het SCZ.

De vereniging VZVZ kent een drietal adviesorganen die zwaarwegende adviezen kunnen uitbrengen aan het bestuur van de vereniging.

- *De Patiënten- en Privacyraad*
De Patiënten- en Privacyraad is samengesteld uit vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en uit privacydeskundigen. De raad adviseert over zaken die de belangen van en functionaliteiten voor patiënten raken en over privacyaspecten.
- *De Koepeladviesraad*
De Koepeladviesraad is samengesteld uit vertegenwoordigers van de koepels van zorgaanbieders. De raad adviseert over de gewenste ontwikkeling van de infrastructuur op langere termijn en over de financiering en tarifiering.
- *De Leveranciersraad*
De Leveranciersraad bestaat uit vertegenwoordigers van XIS-leveranciers. De raad adviseert over de ontwikkelagenda van de VZVZ in relatie tot de ontwikkelagenda van de XIS-leveranciers.

Het zwaarwegende karakter van de adviezen van deze organen komt tot uiting in de verplichting van de Raad van Bestuur om ofwel de adviezen op te volgen, ofwel met redenen omkleed van deze adviezen af te wijken. In dit laatste geval moeten de redenen besproken worden met het betreffende adviesorgaan en moeten de adviezen, inclusief de redenen om ervan af te wijken, gemeld worden aan de Raad van Toezicht en de Ledenraad.

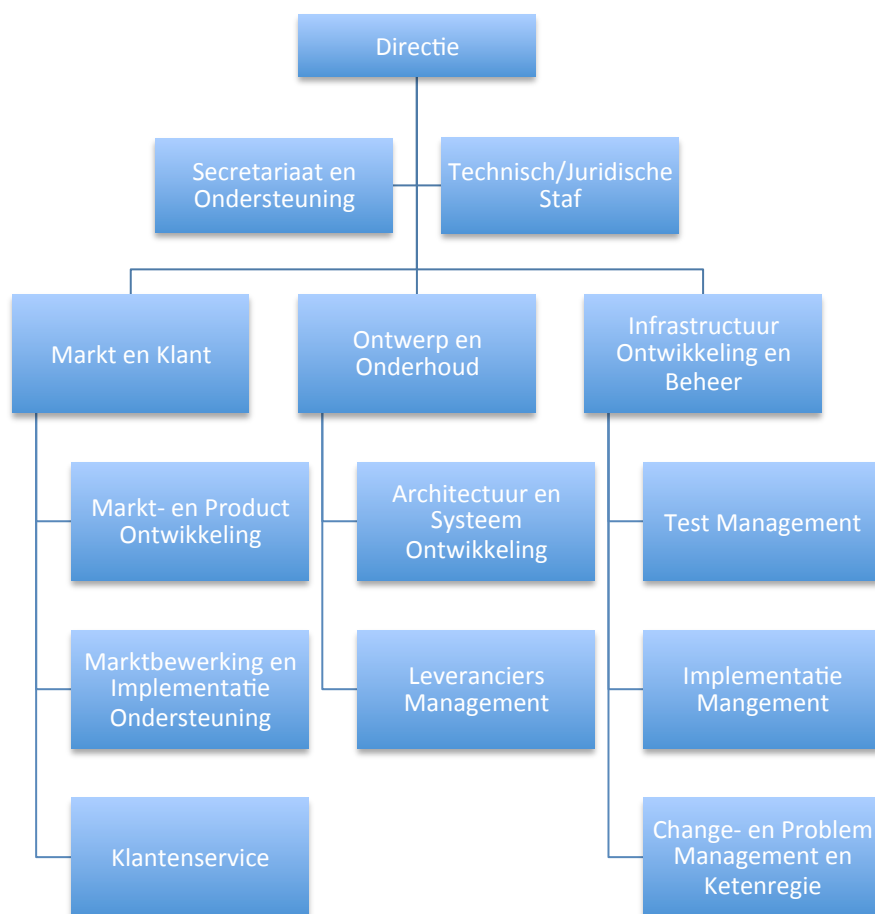
Daarnaast kent de VZVZ een *Regio-overleg*, waar met vertegenwoordigers van regionale samenwerkingsorganisaties de regionale en landelijke ontwikkeling en governance op elkaar wordt afgestemd. Meer over de verhouding tussen de VZVZ en de regio's in §6.4.

6.2 De Stichting Derdengelden VZVZ

De VZVZ speelt een uitvoerende rol in het betalen van vergoedingen aan zorgaanbieders voor het invoeren en gebruiken van het LSP. Deze geldstromen staan los van de geldstromen binnen de VZVZ zelf. De vergoedingenstroom van verzekeraars aan zorgaanbieders zal worden gekanaliseerd via een aparte stichting: de Stichting Derdengelden VZVZ. De Raad van Bestuur van de VZVZ is de bestuurder van deze stichting. De Raad van Toezicht van de VZVZ benoemt de Raad van Toezicht van de Stichting Derdengelden VZVZ, die 50/50 zal bestaan uit zorgaanbieders en verzekeraars.

6.3 Organisatiestructuur

De nieuwe organisatie wordt een samenvoeging van de functies van de VZVZ en van het SCZ en zal er in grote lijnen als volgt uitzien:



De uitvoeringsprocessen van de betalingen aan zorgaanbieders voor het invoeren en gebruiken van het LSP zullen worden uitbesteed aan een daarin gespecialiseerde organisatie.

6.4 De overgang van het SCZ vanuit Nictiz naar de VZVZ

Nictiz zal het SCZ, inclusief medewerkers, bezittingen en verplichtingen onderbrengen in de Stichting SCZ. Vervolgens zal het bestuur van deze Stichting SCZ worden ingericht

zoals beschreven in §6.1. Het intellectueel eigendom van de software blijft bij Nictiz, waarbij de Stichting SCZ een niet-exclusief en onbeperkt gebruiksrecht verwerft en vrij is om met behulp van deze software nieuwe functionaliteiten en toepassingen te ontwikkelen.

6.5 Verhouding tot de regio's

In een aantal regio's in Nederland zijn regionale samenwerkingsorganisaties actief die in hun regio de gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders organiseren. De VZVZ staat ervoor open om met de regionale organisaties die hiervoor kwalificeren een samenwerkingsmodel in te richten op een drietal aspecten:

1. *Aansluiting, implementatie en beheer*

De regionale organisatie kan de rol op zich nemen om de LSP-aansluiting van de zorgaanbieders in hun regio te regelen en de implementatie van de verschillende berichten te organiseren. De regio kan ook zelf het beheer op zich nemen van de

2. *Toezicht*

De regionale organisatie kan de toezichthoudende rol van de VZVZ in haar regio uitoefenen en daarmee het juiste gebruik van de infrastructuur bewaken. Hieraan ligt een uitgewerkt model ten grondslag voor de delegatie van het toezicht van centraal naar regio, inclusief rapportage-afspraken en toezicht-op-toezicht, zodat de VZVZ haar verantwoordelijkheid voor de gegevensverwerking kan blijven waarmaken.

3. *Koppeling met regionale uitwisselingen*

Vaak wordt in regio's informatie uitgewisseld die niet of nog niet kan worden uitgewisseld via het LSP. De wens is vaak wel aanwezig om deze uitwisseling te combineren met de gegevens die via het LSP worden uitgewisseld. De VZVZ zal een model uitwerken dat deze koppelingen faciliteert, met als randvoorwaarde dat de privacy- en beveiligingseisen zullen worden gehandhaafd.

Het gedecentraliseerde model wordt op een aantal punten nader uitgewerkt in overleg met een aantal bestaande regionale samenwerkingsorganisaties. De uitwerking moet onder andere ingaan op:

- De eisen waaraan een regionale organisatie moet voldoen om in aanmerking te komen voor het gedecentraliseerde model.
- De wijze waarop de decentrale activiteiten moeten worden gefinancierd.
- De juridische structuur waarin de samenwerkingsrelatie wordt vormgegeven.
- De technologische mogelijkheden om LSP technologie te gebruiken voor specifieke regionale uitwisselingen die (nog) geen landelijke standaard zijn.

In ongeveer de helft van Nederland zijn regionale organisaties actief die bovenstaande rol op zich zouden kunnen nemen. In de andere helft van Nederland dus niet. De VZVZ kan zich dus niet uitsluitend richten op een regionaal beheermodel, maar zal ook een landelijk beheermodel moeten hanteren voor de gebieden in Nederland zonder regionale samenwerkingsorganisaties.

6.6 Kostenontwikkeling

De verwachting is dat de kosten voor de VZVZ en het SCZ samen zich de komende jaren als volgt zullen ontwikkelen:

x €1.000,- incl. BTW	2012	2013	2014	2015	2016
LSP-platform	4.550	3.491	4.072	4.223	4.500
Ketendiensten	2.700	1.615	2.045	2.185	2.300
Klantenloket	2.000	620	620	620	620
Bureaunkosten	1.050	950	1.000	1.000	1.000
Extra marketingkosten		300	300	200	0
Onvoorziene kosten	-	250	250	250	250
Doorontwikkeling (projecten)	2.000	2.000	2.000	2.000	1.500
Totaal	12.300	9.226	10.287	10.478	10.170

In deze kostenontwikkeling is een flinke reductie t.o.v. de begrote kosten voor 2012 te zien, doordat het kostenniveau zoveel mogelijk is aangepast aan het geringere gebruikersniveau van het LSP bij de aanvang. Om deze kostenreductie te bereiken zal in 2012 nog wel een bedrag in de orde van €550.000,- moeten worden geïnvesteerd.

In de loop van de jaren 2013-2016 stijgen de kosten mee met de stijging van het daadwerkelijke gebruik van het LSP.

7 Financiering

Tussen verzekeraars, zorgaanbieders en de VZVZ is voor de jaren 2013 t/m 2015 een financieringsmodel overeengekomen. Dit model bestaat uit vier componenten:

1. De **centrale LSP-voorziening**. Deze zal, tenminste voor de periode van 2013 t/m 2015, centraal door verzekeraars worden gefinancierd tot een maximum van de mede door verzekeraars vooraf goedgekeurde jaarbegroting in de orde van €10 miljoen per jaar, via ZN rechtstreeks te betalen aan de VZVZ. De VZVZ draagt, in afstemming met de governance-partijen, de verantwoordelijkheid voor een adequate aansturing van de exploitatie-organisatie en maakt, in overleg met de governance-partijen, jaarlijks afspraken maakt over de doorontwikkeling en de prioriteiten daarin. De VZVZ-begroting, die wordt goedgekeurd door de governancepartijen, waaronder ZN/verzekeraars, is dan ook leidend voor het jaarlijks bepalen van de hoogte van de centrale financiering. NB. Het bedrag van max. € 10 miljoen is in lijn met datgene wat voor 2012 is gegarandeerd aan Nictiz. De jaarlijkse continuering van deze financiering is afhankelijk van de volgende randvoorwaarden:

- Voorwaarde voor financiering 2014 is dat eind 2013 70% van de huisartsen daadwerkelijk is aangesloten en er voldoende perspectief is om OZIS per 1 januari 2014 voor wat betreft huisartswaarnemgegevens te vervangen door het LSP.
- Voorwaarde voor financiering 2015 is dat eind 2014 90% van de apothekers daadwerkelijk is aangesloten en er perspectief is om OZIS eind 2014 voor wat betreft medicatiegegevens te vervangen door het LSP

Als deze voorwaarden niet worden gerealiseerd, dan is continuering van de financiering en ieders inspanning niet vanzelfsprekend en treden partijen in overleg over oorzaken, heroverwegingen, aanpassingen, etc. met als doel om alsnog brede aansluiting op en gebruik van de LSP infrastructuur te realiseren. Als dit perspectief niet kan worden gecreëerd van vindt heroverweging plaats over de financieringsbijdrage en de overige afspraken voor het volgende jaar.

2. De **eenmalige regionale kosten**. Het is van belang om zorgaanbieders te stimuleren om in regionaal verband over te gaan tot gebruik van het LSP. Op deze wijze kan een hoge aansluitingsgraad per regio worden bereikt, waardoor het LSP een zo volledig mogelijk beeld van het patiëntendossier kan tonen. Bovendien is het efficiënter om een aantal dingen in de implementatie en het opt-in proces gezamenlijk te doen. Voor het stimuleren van deze regionale implementatieprojecten wordt in 2013 €1 miljoen centraal beschikbaar gesteld bij de VZVZ en in 2014 €800.000,-. De VZVZ financiert hiermee groepen samenwerkende zorgaanbieders die een implementatieplan indienen en realiseren, gericht op het bereiken van een hoge deelnamegraad.

Voor ziekenhuizen is de regionale invalshoek van groot belang; voor een ziekenhuis loont het pas om aan te sluiten als de zorgaanbieders in de regio met een hoge deelnamegraad het LSP gebruiken.

3. De **eenmalige decentrale kosten** bij de individuele zorgaanbieders tbv het aansluiten op de centrale LSP- voorziening (het implementeren van nieuwe software en daarmee samenhangend het aanpassen van de eigen processen). Verzekeraars willen aan huisartsen en apothekers een bedrag vergoeden om hen te stimuleren snel aan te sluiten. Het bedrag wordt per beroepsgroep bepaald mede op basis van de bevindingen van de door Significant uitgevoerde onderzoeken naar de decentrale LSP-kosten en wordt achteraf op basis van de rapportages van de VZVZ betaald nadat is vastgesteld dat de zorgaanbieder daadwerkelijk is aangesloten. Er wordt vanuit gegaan dat zowel huisartsen als apothekers, die in 2013 aansluiten op het moment dat zij aansluiten de vergoeding ontvangen voor de extra inspanningen en dat apothekers tot eind 2014 bedoeld bedrag ontvangen op het moment dat zij aansluiten. De gedachten daarachter is dat het waarneembericht huisartsen nu al kan worden gebruikt, maar dat het medicatiebericht (EMD+) eerst nog gerealiseerd moet worden. Huisartsen moeten dus vanaf 2014 en apothekers vanaf 2015 zelf bedoelde eenmalige kosten betalen. Het uitgangspunt bij deze tijdstermijnen is, dat de technische randvoorwaarden om aan te sluiten op tijd zijn gecreëerd. Op deze wijze wordt iedereen gestimuleerd zo snel mogelijk aan de slag te gaan. NB. De normvergoeding in dit kader wordt vastgesteld op basis van de resultaten van de Significant-onderzoeken.
4. De **structurele decentrale kosten** bij de individuele zorgaanbieders tbv van het structureel gebruik van de centrale LSP-voorziening. Hierbij gaat het om de structureel hogere softwarekosten en de kosten voor beveiligingsvoorzieningen (UZI-passen en de opt-in registratie) in de dagelijkse uitvoeringspraktijk. Er zal, mede op basis van de Significant kosten-onderzoeken een normbedrag worden bepaald per beroepsgroep. Verzekeraars zullen dit, gedurende de komende 3 jaren achteraf en op basis van rapportages van de VZVZ vergoeden op basis van de volgende gebruikspersentages:
- *Huisartsen*. Gebruik te meten aan de hand van het aantal aangemelde patiëntendossiers. Eind 2013: 50%, eind 2014: 70%, eind 2015: 90%.
 - *Apotheken*: Gebruik te meten aan de hand van het aantal aangemelde patiëntendossiers. Eind 2013: 50%, eind 2014: 70%, eind 2015: 90%.
- Het aantal aangemelde patiëntendossiers is voor huisartsen en apotheken een adequate maat voor het gebruik; waarom zou iemand de inspanning doen om zijn patiëntendossiers aan te melden en vervolgens het systeem niet gebruiken?

Het meten van bovenstaande prestatie is niet eenvoudig; de VZVZ heeft wel inzicht in het aantal aanmeldingen per aanbieder (de teller), maar niet in het aantal patiënten per aanbieder (de noemer).

Het voorstel is om voor huisartsen en apotheken de vergoeding te bepalen door een vast bedrag per aangemeld patiëntdossier. Dit bedrag wordt per jaar bepaald vooraf op basis van het normbedrag en het verwachte percentage aanmeldingen voor dat jaar. Per kwartaal ontvangt elke huisarts en apotheek dan het vastgestelde bedrag voor elke aangemelde patiënt.

Dit kan leiden tot versneld aanmelden van patiëntdossiers door zorgaanbieders, waardoor op macroniveau het totale bedrag wordt overschreven. Een versnelling in het aantal aanmeldingen is welkom, maar verzekeraars wensen geen open-einde regeling. Om dit te voorkomen wordt de uitkering per zorgaanbieder gemaximeerd op 125% van het normbedrag (om enige beloning voor versneld aanmelden te houden). Daar tegenover zal de zorgaanbieder, ook als hij de beoogde percentages niet haalt, toch de nodige vaste kosten hebben, zoals de XIS aansluiting. Om deze vaste kosten enigszins te dekken wordt als ondergrens van de regeling een vergoeding van 50% van het normbedrag gegarandeerd.

Deze regeling lijkt weliswaar complex in z'n beschrijving, maar is eenvoudig in z'n uitvoering; de VZVZ keert een vooraf vastgesteld bedrag uit per aangemeld patiëntdossier, met een minimum en een maximum.

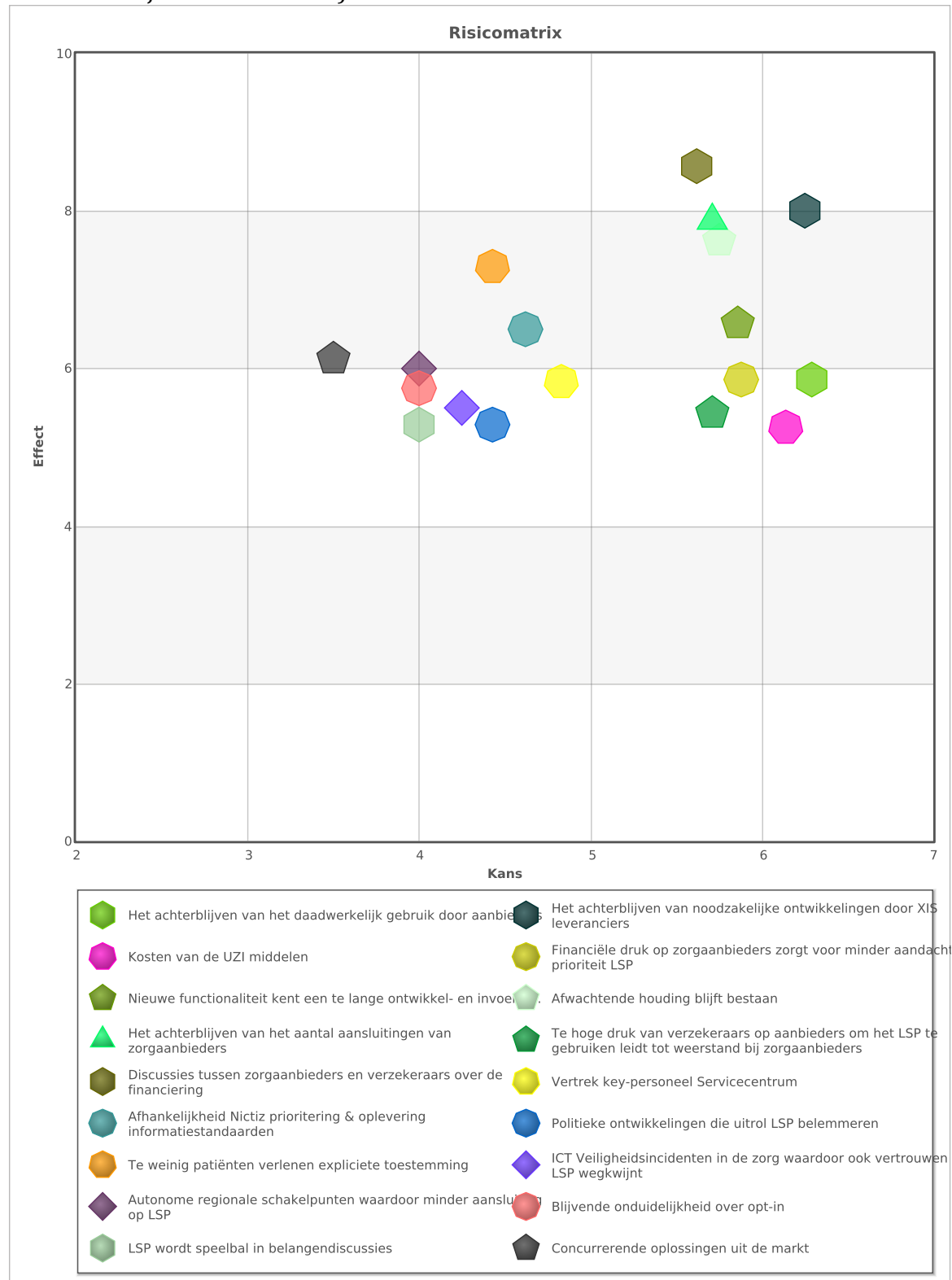
Voor huisartsenposten is op jaarbasis bekend hoeveel bezoeken er zijn geweest en kan de VZVZ meten hoeveel patiënten de bij de post aangesloten huisartsen hebben aangemeld. De huisartsenpost ontvangt zijn structurele vergoeding jaarlijks achteraf als in 90% van de bezoeken van aangemelde patiënten een waarneemretourbericht is verzonden via het LSP.

De VZVZ zal de verantwoordelijkheid op zich nemen voor het betalen van de zorgaanbieders voor de componenten 2, 3 en 4. De geldstroom ten behoeve van zorgaanbieders moet wel gescheiden lopen van de geldstroom voor de centrale component (1). Daartoe zal de VZVZ een Stichting Derdengelden VZVZ oprichten. De VZVZ zal overigens de betalingsprocessen uitbesteden aan een daarin gespecialiseerde uitvoerder.

8 Risicoanalyse

8.1.1 Risico inventarisatie

Onderstaande grafiek toont de risicomatrix; de geïnventariseerde risico's zijn hier geordend op kans (Wat is de kans dat het risico zich kan voordoen?) en effect (In welke mate wordt het behalen van de doelstellingen belemmerd als het risico zich daadwerkelijk zou voordoen?).



8.1.2 Risico beperkende maatregelen

Onderstaande tabel geeft per risico aan welke maatregelen de VZVZ zal treffen om het risico te verminderen.

Risico	Kans	Effect	Gewicht	Maatregelen
Het achterblijven van noodzakelijke ontwikkelingen door XIS leveranciers	6,3	8,0	50,4	• XIS leveranciers goed betrekken bij de planvorming (zowel langere termijn als jaarplannen) • XIS leveranciers positie geven in de governance • De extra kosten voor de XIS licenties meenemen in de structurele vergoedingsafspraken met verzekeraars • Met gebruikersverenigingen in gesprek over patiëntbelang
Discussies tussen zorgaanbieders en verzekeraars over de financiering	5,6	8,6	48,2	• Meerjarige afspraken maken over financiering van LSP aansluiting en aanverwante kosten (UZI, XIS, Implementatie) • Afspraken gedetailleerd, eenduidig en meetbaar uitwerken • Opvolging afspraken door verzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk monitoren en bespreken
Het achterblijven van het aantal aansluitingen van zorgaanbieders	5,7	7,9	45,0	• Intensieve communicatie en marktbewerking vanuit koepels, gebruikersverenigingen en VZVZ • Geoormerkte financiering regelen voor aansluitkosten • Centrale financiering als alternatief uitwerken en bespreken • Voor- en nadelen van bestaande infrastructuur communiceren met zorgaanbieders en leveranciers • Samen optrekken met Stichting OZIS • Eventuele problemen snel verhelpen, zowel bij LSP als bij XISsen, belemmeringen zoveel mogelijk wegnemen • Druk benutten vanuit patiënten, inspectie en verzekeraars
Afwachtende houding bij zorgaanbieders blijft bestaan	5,8	7,6	44,1	• Intensieve communicatie en marktbewerking vanuit koepels, gebruikersverenigingen en VZVZ

Risico	Kans	Effect	Gewicht	Maatregelen
Nieuwe functionaliteiten kennen een te lange ontwikkel- en invoertijd	5,9	6,6	38,9	• Nictiz betrekken bij planvorming • Goede afspraken vooraf maken met Nictiz over doorlooptijd standaarden • XIS leveranciers en gebruikersverenigingen betrekken bij meerjarenplan en jaarplannen en commitments vragen • Met tijdelijke quick-win oplossingen werken
Het achterblijven van het daadwerkelijk gebruik door zorgaanbieders	6,3	5,9	37,2	• Snel signaleren van achterblijvende groei door frequente monitoring • De kracht van regio-organisaties benutten • Successen in een regio zichtbaar maken in het hele land • Intensieve samenwerking met XIS leveranciers • Veel aandacht en capaciteit op implementatie, testen • Eventuele problemen snel verhelpen, zowel bij LSP als bij XISsen, belemmeringen zoveel mogelijk wegnemen • Druk benutten vanuit patiënten, inspectie en verzekeraars
Financiële druk op zorgaanbieders zorgt voor minder prioriteit LSP	5,9	5,9	34,8	• Financiering LSP kosten buiten de jaarlijkse inkoop-onderhandelingen om regelen • De implementatie (steeds) makkelijker maken
Hoge kosten van de UZI middelen	6,1	5,3	32,3	• Alternatieven ontwikkelen voor de UZI-pas • Certificaten scheiden van pas • Onderhandelen over de kosten
Te weinig patiënten verlenen expliciete toestemming	4,4	7,3	32,1	• Zorgaanbieders stimuleren en faciliteren om opt-in vraag te stellen • Communicatie vanuit patiëntenverenigingen en koepels over het belang
Te hoge druk van verzekeraars op LSP gebruik leidt tot weerstand bij zorgaanbieders	5,7	5,4	30,8	• Positieve prikkels introduceren in plaats van dwang

Risico	Kans	Effect	Gewicht	Maatregelen
Afhankelijkheid van Nictiz voor oplevering standaarden	4,6	6,5	29,9	- Nictiz betrekken bij planvorming - Goede afspraken vooraf maken met Nictiz over doorlooptijd standaarden
Vertrek key-personeel bij Servicecentrum	4,8	5,8	27,8	Zo snel mogelijk duidelijkheid geven voor de langere termijn
Autonome regionale schakelpunten sluiten niet aan op LSP	4,0	6,0	24,0	- Het LSP beschikbaar stellen voor regionaal gebruik - Regio-organisaties betrekken in de governance en in een decentrale rol
ICT veiligheidsincidenten in de zorg waardoor ook vertrouwen in het LSP wordt geschaad	4,3	5,5	23,7	Het LSP proactief profileren als het veilige alternatief voor medische communicatie
Politieke ontwikkelingen die de uitrol van het LSP belemmeren	4,4	5,3	23,3	- Politiek goed informeren - Nauw contact onderhouden met VWS, CBP en Patiënten-organisaties
Blijvende onduidelijkheid over opt-in	4,0	5,8	23,2	- Zo snel mogelijk juridische duidelijkheid creëren - Streven naar één geluid en gezamenlijke communicatie met stichting OZIS
Concurrerende oplossingen uit de markt	3,5	6,1	21,4	Waar mogelijk samenwerken en het LSP als neutrale faciliteit beschikbaar stellen voor nieuwe initiatiefnemers, zodat die “het wiel niet opnieuw hoeven uit te vinden”
LSP wordt speelbal in belangendiscussies	4,0	5,3	21,2	De echte eindgebruiker zoveel mogelijk in de lead binnen de VZVZ; ledenraad bemensen vanuit gebruikersverenigingen

Bijlage A – Onderzoeken naar de Maatschappelijke Business Case voor het LSP

Het LSP is een gemeenschappelijke infrastructurale voorziening waarover zorgtoepassingen kunnen worden uitgewisseld. Bij sommige toepassingen is de BC eenvoudiger te maken is (zoals bij eSpoed en medicatieveiligheid) dan bij andere toepassingen. Uiteindelijk zitten de echte baten voor een belangrijk deel in het gebruik van een uniforme infrastructuur, identificatie (van patiënt en zorgverlener), uitbreidbaarheid met nieuwe toepassingen (zoals Diabetes en Ketenzorg) en, natuurlijk, kwaliteit van zorg.

Squarewise: de baten van EMD en WDH operationeel via het LSP

Het eerste algemene onderzoek naar de baten van de invoering is het rapport *Business Cases Waarneemdossier Huisartsen en Elektronisch Medicatiedossier* (uitgevoerd door Squarewise in opdracht van VWS, 2007). De conclusies van dit onderzoek ten aanzien van de invoering van het waarneemdossier huisartsen (WDH) en het elektronisch medicatiedossier (EMD) zijn de volgende:

1. De baten na invoering van het WDH en het EMD overtreffen de kosten

Niet alle zorgaanbieders krijgen in elke situatie een kostendeekkende oplossing, maar voor de zorg in zijn geheel blijken WDH en EMD rendabel ingezet te kunnen worden. Zie onderstaand overzicht.

Zorgaanbieder	WDH			EMD1			EMD+	
	Eenmalig	Structureel	NCW over 5 jaar	Eenmalig	Structureel	NCW over 5 jaar	Structureel	NCW over 5 jaar
Huisartsenpraktijk met ASP	-€ 4.498	€ 936	-€ 256				*	
Huisartsenpraktijk zonder ASP	-€ 7.864	€ 6	-€ 7.850				*	
Huisartsenpost	-€ 44.973	€ 17.421	€ 33.605	-€ 7.752	€ 969	-€ 3.347	€ 3.922	€ 17.831
Apotheek met ASP				-€ 2.812	-€ 2.824	-€ 15.710	€ 26.285	€ 119.489
Apotheek zonder ASP				-€ 6.178	-€ 3.834	-€ 23.667	€ 26.285	€ 119.489
Ziekenhuis				-€ 110.666	€ 133.943	€ 491.576	€ 97.200	€ 441.866

*) Het is mogelijk dat vanuit het nog lopende onderzoek naar de geneesmiddelenwet, door VWS en Nivel, hier meer duidelijkheid over kan komen

Voor de initiële kosten is door VWS een subsidie verstrekt, waardoor de terugverdientijd sterk is teruggebracht.

2. De invoering van WDH en EMD leidt tot een sterke verbetering van de kwaliteit in de zorg

Het leidt geen twijfel, aldus het rapport, dat door de invoering van het WDH en het EMD de kwaliteit van de zorg zal verbeteren. De onderzoeksrapporten maken duidelijk dat veel patiënten onnodig hinder ondervinden van fouten in de zorg die opgelost kunnen worden door meer informatie over (het medicijngebruik van) de patiënten beschikbaar te hebben. WDH en EMD kunnen op die manier voorzien in aanzienlijke kwaliteitsverbetering. Ook in de samenwerking tussen zorgaanbieders zal een hogere kwaliteit van samenwerking ontstaan, omdat men veel sneller en nauwkeuriger informatie met elkaar kan uitwisselen.

3. Na de invoering van WDH en EMD ligt er een solide basis voor verdere innovaties met ICT in de gezondheidszorg

Als WDH en EMD zijn ingevoerd is er een solide basis gelegd voor de verdere ontwikkeling van nieuwe functionaliteiten. Dit is direct aantoonbaar op de huisartsenpost, die na de invoering van WDH, met meer gemak EMD kan invoeren². Ten dele omdat de basisinfrastructuur al operationeel is, ten dele omdat de HAP al gebruik maakt van BSN en UZI en communiceert met het LSP. Hierdoor zijn ook toekomstige toepassingen eenvoudiger te operationaliseren.

Toelichting

De belangrijkste financiële baten bij apotheken zijn toe te schrijven aan een efficiëntere voorschriftverwerking als gevolg van digitale aanlevering. Er is reeds op grote schaal sprake van digitale aanlevering doch bij veel apotheken moet dat bericht nog handmatig worden ingevoerd in het apotheekstelsel.

De baten bij huisartsenposten en ziekenhuizen zijn het gevolg van een efficiënter werkproces rond het verkrijgen van het medicatieoverzicht van de patiënt en het digitaal versturen van het recept, resp het verifiëren van de medicatie van de patiënt. Het proces op de HAP wordt bij gebruik van de beschikbare functionaliteit dienstwaarneming kwalitatief beter, waarbij het aantal handelingen sterk wordt verminderd. 74% van de huisartsen is bereid de voorbereidende extra handelingen te verrichten om een goede dienstwaarneming mogelijk te maken met behulp van WDH. De huisartsenposten de VHN staan achter de geboden dienstwaarneming oplossing.

HARM: Baten van het actuele medicatieoverzicht via EMD

Een tweede groot onderzoek naar de baten van invoering van het EMD heeft geresulteerd in *het HARM rapport*. Daaruit bleek dat er veel vermijdbare ziekenhuisopnames per jaar waren ivm verkeerd medicatiegebruik dat voor een belangrijk deel kan worden opgelost met het EMD.

De frequentie van geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames was 2,4% van alle ziekenhuisopnames en 5,6% van de acute opnames. Van deze opnames werd 46% als potentieel vermijdbaar beoordeeld. Geëxtrapoleerd naar heel Nederland betekent dit 41.000 geneesmiddel gerelateerde ziekenhuisopnames, en 19.000 potentieel vermijdbare opnames per jaar. De geschatte kosten hiervan zijn ruim 85 miljoen euro per jaar.

Ouderen lopen een relatief groter risico. Een van de belangrijkste risicofactoren is een verminderde nierfunctie.

Een deel van de vermijdbare opnames, de helft, kan voorkomen worden door de invoering EMD met elektronisch voorschrijven en medicatiebewaking: 9.500 gevallen, resulterend in de helft van de geschatte vermijdbare kosten: 42,5 mln. In het rapport wordt opgemerkt dat de effectiviteit van de uitwisseling van informatie tussen behandelaren en apothekers over bijvoorbeeld verminderde nierfunctie nader moet worden onderzocht.

Toelichting

² Dit is ondertussen ook al gerealiseerd en de meerwaarde van EMD op de HAP is in de praktijk bewezen.

Kwalitatieve verbetering van zorg ontstaat bij gebruik van dienstwaarnemings-functionaliteit via AORTA, door minder medicatiefouten en daardoor minder opnames in het ziekenhuis. Het kunnen beschikken over medicatiegegevens (verstrekkingen) van een patiënt op moment van voorschrijven is een verplichting: voortvloeiend uit de *richtlijn medicatieoverdracht*. De apotheek is hier de bron van gegevens. Er is geen andere veilige infrastructuur voorhanden om dit binnen redelijke termijn te realiseren dan met EMD via het LSP.

‘Spoed moet goed’: baten van de invoering van eSpoed

Het ‘*spoed moet goed*’ onderzoek van TNS Nipo stelt dat jaarlijks grote besparingen gerealiseerd kunnen worden. Door het ontbreken van informatie bij spoedgevallen moeten er veel onderzoeken en extra handelingen plaatsvinden. De kosten hiervan worden geschat op ruim € 36 mln. 18% (HAP) en 22% (SEH) van de patiënten die aangaf te weten of te merken dat de zorgverlener niet voldoende informatie had, maakt daarnaast melding van lichamelijke gevolgen die men ondervonden heeft. De invoering van EMD en WDH opent de weg voor eSpoed, waar de besparingen te realiseren zijn.

Toelichting

De huisarts heeft t.b.v. de HAP de dossiers reeds aangemeld en behoeft geen extra handelingen voor het eSpoed programma uit te voeren. De SEH krijgt wel te maken met invoeringskosten, maar die wegen niet op tegen de genoemde baten en kwaliteitstoename van de zorg. Met de beschikbare infrastructuur zal deze toepassing zich de komende jaren nog verder kunnen ontwikkelen. Navraag bij leveranciers van ziekenhuisinformatiesystemen leert dat de potentie in de markt reeds jaren aanwezig is. Er blijkt bereidheid deze functionaliteit nu aan de zorgsector aan te bieden over de LSP infrastructuur. Er is inmiddels een eerste Proof of Concept gerealiseerd via het LSP door Chipsoft.

Fouten worden duur betaald: maatschappelijke kosten van Fouten in Medische Informatieoverdracht (MIOF)

Het rapport betreft een onderzoek onder patiënten, het inventariseert onder meer de financiële gevolgen van deze fouten. 6,1% van alle Nederlanders boven 18 jaar heeft er ooit mee te maken gehad, sommigen meerdere malen. Soms is sprake van een fatale afloop.

Het rapport becijfert de financiële gevolgen van de MIOF's op drie terreinen:

- De destijds nog bestaande WAO
- De zorgkosten
- De kosten voor werkgever en werknemer

De schatting van de onderzoekers komt neer op een maatschappelijke kostenpost van € 1,5 miljard in 2003. Daarvan betreft ruim € 300.000 directe zorgkosten. De overige kosten slaan neer bij werkgever, werknemer of uitkeringsinstantie.

In het onderzoek heeft men niet kunnen vaststellen in welke mate een betere informatieoverdracht in de zorg invloed heeft. Wel geeft een meerderheid van de onderzoekspopulatie aan dat naar hun mening een betere informatieoverdracht de fout(en) had kunnen voorkomen.

Gebruikte onderzoeken

Business Cases Waarneemdossier Huisartsen en Elektronisch Medicatiedossier uitgevoerd door Squarewise in opdracht van VWS, 10 januari 2007.

Het HARM rapport

uitgevoerd door Division of Pharmacoepidemiology & Pharmacotherapy, Utrecht Institute for Pharmaceutical Sciences, in opdracht van de NVZA en OMS, november 2006.

Het '*spoed moet goed*' onderzoek uitgevoerd door TNS Nipo in opdracht van de NPCF, januari 2005

Fouten worden duur betaald, TNS Nipo, in opdracht van Nictiz en NPCF, februari 2004

Bijlage B – Lijst HDSsen en hun LSP gebruik

Huisartsdienstenstructuur	Inwoners aantallen	Aantal locaties	LSP	Contact SCZ	Implementatie fase
Dienstenstructuur Zuidwolde	onbekend	1	nee		
Vereniging Dienstenstructuur Zuidwest Drenthe en Noordwest Overijssel	onbekend	1	nee		
BV Centrale Huisartsenpost Kop van Noord-Holland	144.019	3	ja		
Centrale Huisartsen Post Almelo U.A.	203.130	1	ja	x	
Centrale Huisartsen Posten Zuidoost Brabant	533.863	3	ja	x	Gebruik gestart
Centrale Huisartsendienst Drenthe	438.073	4	nee		
Centrale Huisartsenpost West-Friesland	215.895	1	ja	x	Gebruik gestart
Centrale HuisartsenPost Westland	117.423	1	ja		
Coöperatieve Centrale Huisartsenpost Gorinchem e.o	162.551	1	ja	x	
Coöperatieve DoktersDienst Duinen Bollenstreek	207.818	1	ja	x	PvA, testfase
Coöperatie Integrale Huisartsenzorg Nijmegen	422.618	2	ja	x	Regulier gebruik
Coöperatieve Huisartsendienst Noord-Brabant Noordoost u.a.	527.132	4	ja	x	Gebruik gestart
Coöperatieve Huisartsendienst Regio Arnhem	420.169	3	ja	x	PvA, testfase
Coöperatieve Huisartsenpost Alkmaar e.o.	237.405	1	ja		
Coöperatieve Huisartsenpost Hengelo	129.380	1	ja	x	Regulier gebruik
Coöperatieve Huisartsenpost Nieuwe Waterweg Noord	198.956	1	ja		
Coöperatieve Huisartsenpost Zaanstreek/Waterland	313.665	2	nee		
Coöperatieve Regionale Huisartsenpost Drechtsteden	277.535	3	ja		
Coöperatieve Vereniging HuisartsenPost De Gelderse Vallei	264.270	1	ja	x	PvA, testfase
Coöperatieve Vereniging Huisartsenpost 't Hellegat	133.530	2	ja		
Dokterswacht Friesland	565.077	5	ja	x	PvA, testfase
HDS tussen Maas en Waal	17.925	1	ja		
HOZL-Centrale Huisartsenpost Nightcare BV	277.470	1	ja		
Huisartsendienst Twente-Oost	265.295	2	ja	x	Regulier gebruik
Huisartsendienstenstructuur Almere p/a Zorggroep Almere	191.700	1	ja		
HuisartsenPost Haarlemmermeer	126.405	1	ja		
Huisartsenpost Midden-Holland	244.519	1	ja		
HuisArtsenPosten Noord-Limburg/Cohesie	232.512	2	ja		
Nucleus Huisartsenposten	138.345	2	ja		
Primair Huisartsenposten	1.568.216	9	ja	x	PvA, testfase
SDH IJssel-Vecht/Flevoland	567.431	6	ja	x	
St. Huisartsen Dienst Westelijke	179.203	1	ja		

Mijnstreek					
St. Samenwerkende Huisartsendiensten Rijnland	291.148	3	ja	x	PvA, testfase
Stichting Centrale Huisartsenposten Rijnmond	1.007.840	5	ja		
Stichting Dienstenstructuur RHV Gelders Rivierenland	175.544	1	ja	x	PvA, testfase
Stichting Dienstverlening Huisartsenzorg Stedendriehoek	616.235	4	ja	x	
Stichting Georganiseerde eerstelijnszorg Zoetermeer	125.201	1	nee		
Stichting HDS West-Brabant	686.267	5	ja		
Stichting Huisartsen Dienstenposten Amsterdam	794.774	6	ja	x	
Stichting Huisartsen Organisatie Kempen en Omstreken	189.900	6	nee		
Stichting Huisartsendienstenstructuur Zeeland	217.500	3	ja	x	
Stichting Huisartsenpost Amstelland	173.020	1	nee		
Stichting Huisartsenpost Delft e.o.	151015	1	ja		
Stichting Huisartsenpost Maastricht & Heuvelland	175.385	1	nee		
Stichting Huisartsenpost Midden-Kennemerland	125.950	1	ja		
Stichting Huisartsenpost Oude IJssel	145.448	1	ja	x	
Stichting Huisartsenposten Midden Limburg	247.068	2	ja		
Stichting Huisartsenposten Midden-Brabant	369.731	3	ja		
Stichting Mobiele Artsen Service Haaglanden	669.780	3	ja	x	PvA, testfase
Stichting Spoedpost Zuid Kennemerland	284.397	2	ja		
Vereniging Doktersdiensten Groningen	639.988	7	ja	x	

Aantal HDS 52

Implementatie fases

PvA, testfase: Er zijn plannen gemaakt om het LSP te implementeren. De eerste bevragingen (testen) worden (op korte termijn) uitgevoerd. In deze fase worden processen ingericht en beheertaken belegd.

Gebruik gestart: Er is sprake van regelmatig gebruik. De zorgaanbieders in de regio zijn geïnformeerd. Nog niet alle processen zijn volledig beschreven/ingericht. De beheerorganisatie wordt verder ingericht.

Regulier gebruik: Dit is een niveau waarbij de belangrijkste processen beschreven en onder controle zijn. Er is sprake van ontwikkeling van processen omdat zij verbeterd kunnen worden d.m.v. eerder behaalde resultaten. Nog niet alle zorgaanbieders zijn aangesloten in de regio.

Contact 22

PvA, testfase 8

Gebruik gestart 3

Regulier gebruik 3

Grootschalig gebruik: Alle zorgaanbieders zijn aangesloten en hebben op basis van opt-in dossiers aangemeld. Er is sprake van procesbeheersing. Het beheer is volledig ingericht.

Grootschalig
gebruik 0

Volledige implementatie: In deze laatste fase is het LSP volledig geïmplementeerd en maakt onderdeel uit van de dagelijkse praktijk. OZIS/ELS is uitgefaseerd.

Volledige implementatie 0

Bijlage C - Lijst van Afkortingen

ADEMD richtlijn	Richtlijn adequate dossiervorming van het elektronisch medisch dossier
ADEPD richtlijn	Richtlijn adequate dossiervorming met het EPD
AIS	Apotheekinformatiesysteem
AORTA	Landelijke basisinfrastructuur LSP, inclusief specificaties en standaarden
ASKA	Associatie van Ketenapotheken
ASP	Applicatie service provider (externe partij die applicatie beheert)
CBP	College bescherming persoonsgegevens
CIBG	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (uitvoeringsorganisatie overheid, oa BIG register, UZI register)
COPD	Verzamelnaam longziekten zoals bronchitis en longemfyseem
CVRM	Verzamelnaam hart- en vaatziekten
DigiD	Digitale Identiteit, is de naam van een systeem waarmee Nederlandse overheden op internet iemands identiteit kunnen verifiëren
EMD	Elektronisch medicatiedossier
EMD+	Elektronisch medicatiedossier, inclusief intoleranties, contra-indicaties en allergieën
EVS	Elektronisch voorschrijfsysteem
GBZ	Goed beheerd zorgsysteem
HAP	Huisartsenpost
HAPIS	Huisartsenpostinformatiesysteem
HDS	Huisartsen dienstenstructuur
HIS	Huisartseninformatiesysteem
HWG	Huisarts waarneem gegevens
ICA	Intoleranties, contra indicaties en allergieën
KIS	Keteninformatiesysteem
LSP	Landelijk schakelpunt
MG	Medicatiegegevens
MIP	Melding Incidenten Patiëntenzorg
Napco	Nederlandse Apothekers Coöperatie
Nictiz	Nationaal ICT instituut in de Zorg
OZIS	Open Zorg InformatieSysteem, systeem van de stichting OZIS, dat tot doel heeft informatie-uitwisseling in de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen
PGD	Persoonlijk gezondheidsdossier
PS	Professionele samenvatting
SBV-Z	Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg, toegangspoort zorgsector tot Beheervoorziening BSN (BVBSN), verantwoordelijk voor de uitgifte en het beheer van het burgerservicenummer, het BSN
SCZ	Service centrum zorgcommunicatie
SEH	Spoed eisende hulp
VIM	Veilig incident melden
UZI pas	Unieke Zorgverlener Identificatie
VHN	Vereniging huisartsenposten Nederland
WBP	Wet bescherming persoonsgegevens
WDH	Waarneemdossier huisartsen
WRB	Waarneemretourbericht
XIS	Zorgverlenerinformatiesysteem
ZIS	Ziekenhuisinformatiesysteem
ZSP	Zorg Service Provider (voldoet aan GBZ eisen en is gekwalificeerd voor communicatie met LSP)