

# #HoeDanWel?

## Ontwerpplan voor databeschikbaarheid voor burgers

Een transformatie van markt naar regie



auteur            Bart Brandenburg en de MedElkaar-werkgroep #HoeDanWel?  
versie            Publicatieversie  
datum            16 oktober 2023

Op dit rapport is de Creative Commons Attribution Sharealike 4.0 International van toepassing, met de auteur(s), Stichting MedMij en de MedElkaar-werkgroep #HoeDanWel? als bijdrager(s). Zie: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.

## Inhoud

Introductie – Waarom #HoeDanWel? .....	3
Samenvatting .....	3
Inleiding, aanleiding en opdracht voor het project #HoeDanWel.....	5
Deel 1 – Hoe? .....	6
Hoe zorgen we voor databeschikbaarheid door een generieke inzagefunctie? .....	6
Voorwaarde 1 – Gebruik van BSN .....	11
Voorwaarde 2 – Lokalisatiefunctie .....	13
Voorwaarde 3 – Datastructuur .....	16
Voorwaarde 4 – Leverplicht.....	21
Realisatie van de voorwaarden voor van stap 1 en 2 .....	23
De onderbouwing van het #HoeDanWel?-advies .....	24
Deel 2 – Wanneer en door wie? .....	25
Wat kunnen we eind 2025 hebben gerealiseerd?.....	25
Wie is verantwoordelijk voor wat? .....	26
Risico's en afhankelijkheden.....	28
Deel 3 – Voor wie?.....	29
De klantreis: wat merken de inwoners van Nederland van een generieke inzagefunctie?.....	29
Bijlagen .....	32
Bijlage 1 – Het proces: uitzoeken, uitwerken en ontwerpen .....	32
Bijlage 2 – De opdracht van de regiegroep.....	33
Bijlage 3 – Reacties op het ontwerpplan van zorgaanbieders en leveranciers.....	34
Bijlage 4 – Functionele architectuur voor de vertrouwde authenticatiedienst en de generieke inzagefunctie .....	35
Bijlage 5 – Datastromen naar PGO's per 31 augustus 2023 .....	37
Bijlage 6 – Overzicht van risico's.....	38

## Introductie – Waarom #HoeDanWel?

---

*The wings of transformation are born of patience and struggle.*

---

### Samenvatting

MedElkaar is begin 2022 opgericht, op initiatief van het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en Stichting MedMij. Het doel van MedElkaar is om een goedgevulde PGO in 2025 tot stand te brengen. Daarbij lopen we aan tegen zaken die “groter zijn dan MedMij” en waarbij we de #HoeDanWel?-vragen alleen samen met anderen kunnen beantwoorden. Vandaar ‘MedElkaar’.

Na anderhalf jaar MedElkaar kwamen we tot de conclusie dat we op de goede weg zijn maar dat de ontwikkelingen niet snel genoeg gaan. Dat bracht ons bij de vraag **#HoeDanWel?** Het #HoeDanWel?-project, gecoördineerd door MedElkaar en uitgevoerd van juli tot september 2023, heeft deze vraag beantwoord. De oorspronkelijke opdracht was: “Lever eind augustus een ontwerpplan op, met meerdere scenario’s, voor de realisatie van een generieke inzagefunctie, die mogelijk maakt (met optimaal gebruik van bestaande componenten), dat een burger in 2025 met één (inlog-)handeling (óók vanuit een PGO) alle gegevens van zorgaanbieders veilig en betrouwbaar kan vinden en inzien.”

### **Een transformatie van markt naar regie kost tijd**

Het PGO-stelsel bevindt zich in een transformatie van markt naar regie door de overheid. Op basis van de Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel, de afspraken in het Integraal Zorgakkoord en het MedElkaar-advies gaat het ministerie van VWS nadrukkelijk die regierol nemen. Voor een dergelijke overheidsrol is maatschappelijk en politiek draagvlak en een solide wettelijke grondslag nodig. Dat proces kost tijd en zal in 2025, de streefdatum voor de goedgevulde PGO, nog niet volledig zijn afgerond. In dit ontwerpplan beschrijven we wat we tot en met 2025 kunnen bereiken en waarvoor méér tijd nodig is.

### **In twee stappen op weg naar een generieke inzagefunctie**

Er is breed draagvlak voor het #HoeDanWel?-doel: stel de inwoners van Nederland in staat om met één handeling, op één plek, een zo compleet mogelijke set van gezondheidsgegevens uit meerdere bronnen te bij elkaar te brengen. Daarmee ontstaat een *generieke inzagefunctie* die zorgt voor de brede beschikbaarheid van gezondheidsdata.

Ook zorgverleners vinden een dergelijke functie waardevol. Wanneer zij toegang krijgen tot de generieke inzagefunctie beschikken ze over een completer databeeld van hun patiënten. Voorbeelden uit het buitenland, zoals België, leveren hiervoor aanvullend bewijs.

Dit ontwerpplan beschrijft de twee stappen om, met behulp van een generieke inzagefunctie, de databeschikbaarheid voor burgers te realiseren. Stap 1, die in 2025 gereed kan zijn, maakt het éénmalig en op één plek veilig inloggen mogelijk met een vertrouwde authenticatiedienst. Voor stap 2, de volledige generieke inzagefunctie onder regie van de overheid is meer tijd nodig. Wij verwachten tot 2027. Dat komt omdat hiervoor een wettelijke basis tot stand gebracht moet worden.

Voor een transformatie als deze is niet alleen tijd en geduld nodig, maar ook doorzettingsvermogen en soms wat strijd

---

*Ons advies: realiseer éérst een vertrouwde authenticatiedienst door de overheid (stap 1) en groei van daaruit door naar een volledige generieke inzagefunctie (stap 2).*

---

### **Het #HoeDanWel?-ontwerpplan bestaat uit drie delen**

**Deel 1** beschrijft het “hoe?” en bevat de twee stappen naar een inzagefunctie en de vier voorwaarden die hiervoor nodig zijn. Die voorwaarden zijn: gebruik van BSN, een lokalisatiefunctie, gebruik van gestructureerde én ongestructureerde data en een wettelijke ‘leverplicht’. Het mogelijk maken van *BSN-gebruik* door de PGO leidt tot grote verbetering in gebruiksgemak en betrouwbaarheid maar vereist, net als voor de *leverplicht* wetswijzigingen die tijd kosten. Een *lokalisatiefunctie*, in samenhang met generieke functies voor toestemmingen en adressering gaat PGO-gebruikers helpen bij het vinden van hun data. De realisatie is afhankelijk van de uitkomst van het landelijk programma generieke functies van het ministerie van VWS. Deze plannen zijn eind september 2023 bekend geworden en in dit ontwerpplan verwerkt. Het beschikbaar komen van *méér (ongestructureerde) databronnen* is een belangrijke versnelling op weg naar een goed gevulde PGO. Er zijn verschillende mogelijkheden om dat te organiseren. Voor dat onderwerp zullen óók de zorgaanbieders en hun ICT-leveranciers ruimte moeten vinden op hun toch al goed gevulde agenda’s.

**Deel 2** bevat het antwoord op de vraag “door wie en wanneer?”. Het is duidelijk dat een belangrijke rol is weggelegd voor het ministerie van VWS als regisseur van het stelsel. In de afgelopen drie maanden hebben we veel kunnen uitzoeken en onderbouwen. Nog niet alle openstaande vragen zijn nu al te beantwoorden. Ook dat is een kenmerk van transformatie. Sommige zaken worden pas tijdens het proces duidelijk. De eerste stappen in dit proces zijn inmiddels gezet en zijn begin oktober in een kamerbrief aangekondigd.<sup>1</sup> In het vierde kwartaal van 2023 leidt een en ander tot het afronden en op andere plekken beleggen van de activiteiten van de MedElkaar-samenwerking. Alle benodigde wettelijke voorwaarden voor de regiefunctie door de overheid zullen vrijwel zeker niet voor 2025 gerealiseerd zijn. De demissionaire status van het kabinet beperkt bovendien tijdelijk de mogelijkheden. We verwachten dat de overheid vóór eind 2025 een vertrouwde authenticatiedienst (beschreven in stap 1) kan realiseren. Voor de doorgroei naar een generieke inzagefunctie voor burgers (beschreven in stap 2) denken we daarna nog ca. 1,5 jaar nodig te hebben.

In **deel 3** van het #HoeDanWel-plan laten we zien “voor wie?” we al dit werk doen. Uiteraard voor de burger als PGO-gebruiker. Daarnaast wordt steeds duidelijker dat een generieke inzagefunctie ook meerwaarde voor zorgverleners biedt.

### **Het besluit van de regiegroep**

De MedElkaar-initiatiefnemers hebben tijdens de vergadering van de regiegroep op 2 oktober 2023 besloten het advies uit dit ontwerpplan over te nemen voor een groeipad in twee stappen naar een generieke inzagefunctie, via een vertrouwde PGO-authenticatiedienst.

Bij dat besluit hoort de opdracht om dit groeipad uit te werken in een Plan van Aanpak. Daarmee gaan wij graag, samen met alle betrokkenen, onder regie van VWS, voortvarend aan de slag!

*Den Haag, 16 oktober 2023, namens de MedElkaar-werkgroep #HoeDanWel?, Bart Brandenburg.*

---

<sup>1</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/10/03/kamerbrief-over-aanscherping-beleid-persoonlijke-gezondheidsomgevingen>

## Inleiding, aanleiding en opdracht voor het project #HoeDanWel

Het MedElkaar-peilmoment en de discussie daarover in de regiegroep van 29 juni 2023, leidde tot de conclusie dat er op enkele essentiële punten op korte termijn voortgang moet worden geboekt om het doel, brede beschikbaarheid van gezondheidsdata voor burgers in 2025, op tijd te halen. Daarom spraken we af dat er vóór 1 oktober<sup>2</sup> een plan komt dat zicht biedt op versnelde realisatie. Dit hoofdstuk beschrijft de essentie van de opdracht.<sup>3</sup> Het project kreeg de titel **#HoeDanWel?**

---

*De opdracht: “Lever eind augustus een ontwerpplan op, met meerdere scenario’s, voor de realisatie van een **generieke inzagefunctie**, die mogelijk maakt (met optimaal gebruik van bestaande componenten), dat een burger in 2025 met één (inlog-) handeling (óók vanuit een PGO) alle gegevens van zorgaanbieders veilig en betrouwbaar kan vinden en inzien.”*

---

### Vier voorwaarden voor realisatie van databeschikbaarheid door een generieke inzagefunctie

Het ontwerpplan beschrijft de vier voorwaarden nodig voor het eindresultaat: databeschikbaarheid door een generieke inzagefunctie. Het plan bevat de planning, verantwoordelijkheden, risico’s en afhankelijkheden. De voorwaarden worden in de periode tot en met 2025 en daarna gerealiseerd.

1. **BSN.** Het gebruik van het BSN t.b.v. de generieke inzagefunctie is mogelijk gemaakt.
2. **Lokalisatie.** Een lokalisatiefunctie voor gezondheidsdata voor burgers is ingericht en in gebruik genomen.
3. **Datastructuur.** Een methode voor het gebruik van gestructureerde én ongestructureerde gezondheidsdata is vastgesteld en wordt uitgevoerd.
4. **Leverplicht.** De verplichting voor aangesloten zorgaanbieders én hun leveranciers om het volledige dossier aan de PGO aan te leveren is geregeld en wordt nageleefd.

---

*Eindresultaat van #HoeDanWel? Een generieke inzagefunctie van informatie uit bronsystemen in de zorg is gebouwd, opgeleverd en in gebruik genomen.*

---

### Het ontwerpplan bevat het antwoord op de vragen: ‘Hoe?’, ‘Wanneer & door wie?’ en ‘Voor wie?’

[Deel 1](#) van dit ontwerpplan beschrijft, met behulp van twee stappen, hoe de gevraagde generieke inzagefunctie tot stand gebracht kan worden. [Deel 2](#) bevat de planning en informatie over wie waarvoor moet zorgen en wat daarbij de risico’s en afhankelijkheden zijn. [Deel 3](#) biedt inzicht in wat PGO-gebruikers gaan ervaren op het moment dat een generieke inzagefunctie beschikbaar is.

### De volgende onderwerpen behoren niet tot déze opdracht:

- Welke toepassingsmogelijkheden hebben PGO’s en andere applicaties met de beschikbare data?
- Hoe kan een burger inzage geven aan derden of gezondheidsdata met anderen delen?
- Hoe komt de koppeling met (eHealth) modules tot stand?

---

<sup>2</sup> De werkwijze van de werkgroep #HoeDanWel? is beschreven in [bijlage 1](#).

<sup>3</sup> De volledige tekst van de opdracht van de MedElkaar-regiegroep is opgenomen in [bijlage 2](#).

## Deel 1 – Hoe?

### Hoe zorgen we voor databeschikbaarheid door een generieke inzagefunctie?

Met een generieke inzagefunctie die moet zorgen voor databeschikbaarheid voor burgers bedoelen we de mogelijkheid voor inwoners van Nederland om met één handeling, op één plek, een zo compleet mogelijke set van gezondheidsgegevens uit meerdere bronnen te kunnen raadplegen.

---

### *Een generieke inzagefunctie is een databeschikbaarheidsfunctie*

---

De term **inzagefunctie** wekt mogelijk de indruk dat het gaat om een “kijkdoos”, een voorziening die mensen in staat stelt hun gezondheidsdata alleen te bekijken. Dat is nadrukkelijk niet het geval. Een generieke inzagefunctie is een databeschikbaarheidsfunctie. Dat wil zeggen: gezondheidsdata komen beschikbaar op een manier dat ze gebruikt kunnen worden, bijvoorbeeld in een PGO en/of ten behoeve van digitale zorgmodules in het kader van hybride zorg. Daarbij gelden de volgende uitgangspunten.

- Het dossier wordt zo volledig mogelijk beschikbaar gesteld door de zorgaanbieder.
- Waar mogelijk worden data gestructureerd beschikbaar gesteld.
- Uitwisseling van of inzage in niet- of semigestructureerde data kunnen nuttig zijn voor data die niet gestructureerd beschikbaar zijn (bijvoorbeeld PDF/A-documenten).
- Voor sommige data (bijvoorbeeld beelden) kan een viewer een goede manier zijn om data toegankelijk te maken.

### **Bekijken van data uit bronsystemen of dataoverdracht naar de PGO?**

Uit de bovenstaande uitgangspunten volgt dat we pleiten voor een tweesporenbeleid waarbij er sprake zal zijn van een combinatie van de beschikbaarheid van gestructureerde, niet- of semigestructureerde data en een viewerfunctie. Sommige data, zoals radiologiebeelden lenen zich sowieso beter voor het bekijken via een viewer.

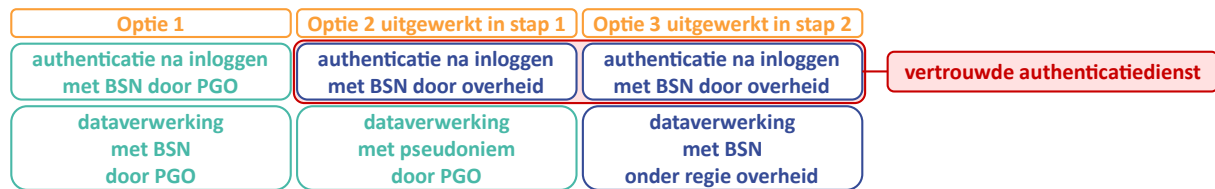


Figuur 1 - Tweesporenbeleid voor beschikbaarheid van data

Een generieke inzagefunctie kan worden geïntegreerd in een PGO. Zorgverleners kunnen een dergelijke inzagefunctie ook gebruiken, eventueel geïntegreerd in hun EPD. Zorgaanbieders benoemen als risico dat het ontwikkelen van een viewer de prikkel bij leveranciers wegneemt om door te gaan met het inbouwen van zorginformatiebouwstenen (Zibs) en het gestructureerd beschikbaar stellen van data. Vandaar het advies voor een tweesporenbeleid en het uitgangspunt dat we onverminderd doorgaan met het gestructureerd beschikbaar te stellen van de data.

We beschrijven nu éérst drie opties voor het gebruik van BSN in relatie tot een generieke inzagefunctie. Twee van de drie opties zijn in dit ontwerpplan uitgewerkt. Daarna volgen de vier voorwaarden die nodig zijn voor de realisatie van de twee uitgewerkte stappen.

De verschillende opties voor BSN-gebruik zien er als volgt uit.



Figuur 2 – Drie opties voor BSN-gebruik leiden tot twee uitgewerkte stappen

### Optie 1: BSN gebruik toestaan in het private PGO-domein

Het gebruik van BSN wordt toegestaan aan een beperkt aantal (private) PGO-leveranciers, die aan hoge kwaliteitseisen moeten voldoen. Een PGO-gebruiker kan, als de PGO BSN mag verwerken, met één keer inloggen zorggegevens ophalen bij alle zorgaanbieders die deze beschikbaar stellen. De generieke inzagefunctie wordt in dat geval uiteindelijk geheel verzorgd door de PGO-leveranciers.

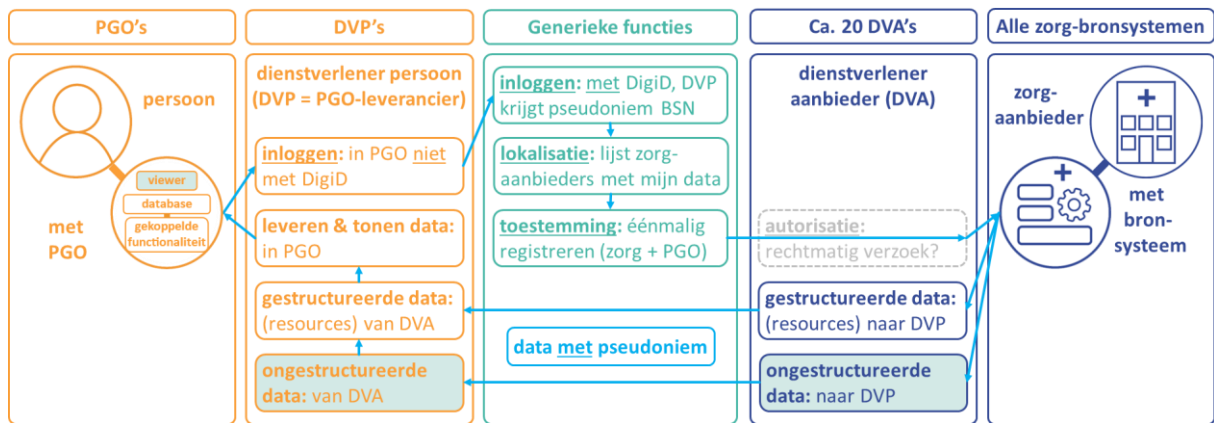
Organisaties buiten de overheid mogen het BSN alleen gebruiken als dit in een wet staat en alléén voor het doel dat in die wet staat omschreven. Bijvoorbeeld: een zorgverlener is verplicht het BSN te gebruiken, op basis van de Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg. Banken moeten het BSN gebruiken voor uitwisseling van gegevens met de Belastingdienst op basis van de Algemene Wet inzake Rijksbelastingen. Een wet die BSN-gebruik voor PGO's regelt is dus een noodzakelijke voorwaarde voor het gebruik van het BSN in het private domein. Zo'n wet is er nog niet.

Tijdens de start van het #HoeDanWel?-project bleek dat het ingewikkeld is om onderscheid te maken tussen leveranciers die wél en leveranciers die géén gebruik van BSN mogen maken. Ook zijn er op het ministerie twijfels over de privacyaspecten van deze verruiming van het BSN-gebruik. De minister verzocht om nader onderzoek te doen naar andere opties voor BSN-gebruik. Op 26 juli, tijdens het eerste tussentijdse bestuurlijke voortgangsoverleg in het kader van het #HoeDanWel?-project, is daarom besloten optie 1 niet verder uit te werken en de aandacht te richten op optie 2 en 3 en die wél uit te werken. Het resultaat daarvan beschrijven we als stap 1 en stap 2.

### Optie 2 (uitgewerkt als stap 1): Een vertrouwde authenticatiedienst door de overheid

De eerste stap gaat uit van een vertrouwde authenticatiedienst die wordt uitgevoerd door de overheid. Deze PGO-authenticatiedienst maakt gebruik van het BSN van een PGO-gebruiker, en een versleuteld pseudoniem dat specifiek is voor een burger-PGO combinatie. Dit wordt vastgelegd in een register.<sup>4</sup> Het pseudoniem mag door private partijen zoals PGO-leveranciers worden gebruikt. Met behulp van dit pseudoniem kan een PGO-gebruiker via de PGO-authenticatiedienst, met een burger-zorgaanbieder specifiek pseudoniem, na één keer inloggen zorggegevens ophalen bij alle zorgaanbieders die deze beschikbaar stellen. Bij de dataverwerking door de PGO, wordt gebruik gemaakt van de rollen en voorzieningen van het MedMij-afsprakenstelsel. In deze stap kan een aanbesteding er aanvullend voor zorgen dat deze rol door de PGO-leveranciers op de juiste manier wordt ingevuld.

<sup>4</sup> Afhankelijk van de gekozen wijze van pseudonimiseren bevat dit register alleen de burger-PGO-combinatie en wordt het pseudoniem berekend tijdens het authenticatie-proces.



Figuur 3 - Een vertrouwde authenticatiedienst van de overheid

Een BSN-koppelregister bestaat al en wordt beheerd door het ministerie van Binnenlandse Zaken. Volgens de planning van het Landelijk Stelsel Toegang, dat onderdeel is van het Meerjarenprogramma Infrastructuur Digitale Overheid (MIDO)<sup>5</sup> is per 1 juli 2024 de functionaliteit van het koppelen van het BSN aan een pseudoniem voor private dienstverleners beschikbaar. De koppeling met het machtigingsregister en gezagsregister zal een half jaar later volgen. De vraag is wel of deze deadlines gehaald zullen worden. Het BSN-k voorziet nog niet in een pseudoniem dat met één actie voor méér dan één zorgverlener gebruikt kan worden. Dit is wel een noodzakelijke voorwaarde om met één handeling informatie uit meerdere bronnen op te kunnen halen.

Een andere oplossing is om het koppelregister te laten ontwikkelen door de afdeling iRealisatie van het ministerie van VWS. Deze afdeling is ontstaan tijdens de Covid19-pandemie ten behoeve van de ontwikkeling van, onder andere, de CoronaCheck-app. Binnen deze afdeling is de expertise aanwezig om de ontwikkeling en eventueel (tijdelijke) beheer en uitvoering van de PGO-authenticatiedienst ter hand te nemen.

Een partij die voor het (definitieve) beheer en uitvoering van de PGO-authenticatiedienst in aanmerking kan komen is het CIBG. Het CIBG is een uitvoeringsorganisatie van het ministerie van VWS. Het CIBG geeft inzicht in: wie is wie, wie kan wat en wie mag wat? Met andere woorden: zij zijn er voor authenticatie en autorisatie. De organisatie beheert, onder andere, het BIG- en het UZI-register.

Overheidsorganisaties zijn gerechtigd om het BSN te verwerken, mits dit nodig is voor de taak die zij moeten uitvoeren. De betrokken instantie krijgt daarbij alleen *die* gegevens die nodig zijn voor die taak. Dit wordt de *grondslag* voor de gegevensverwerking genoemd. Uit ons onderzoek is gebleken dat – voor zover bekend – er op dit moment géén overheidsorganisatie is die beschikt over een specifieke grondslag voor de beschreven PGO-authenticatiedienst. Anderzijds is “de authenticatie van burgers” beslist een erkende overheidstaak.

Het CIBG heeft aangegeven dat zij tijdens een intakeprocedure kunnen vaststellen óf en hoe zij deze taak kunnen uitvoeren en op welke wijze de juiste grondslag voor deze taak verkregen kan worden. Daarbij moet ook duidelijk worden óf en zo ja welke wetswijzigingen hiervoor nodig zijn.

Op basis van de gesprekken met het ministerie van BZK, het CIBG en het iRealisatie-team van het ministerie van VWS concluderen wij dat de route via iRealisatie sneller garantie biedt op een werkende oplossing dan de route via het BSN-koppelregister en het CIBG.

<sup>5</sup> Zie: <https://www.tweedekamer.nl/downloads/document?id=2022D51675>



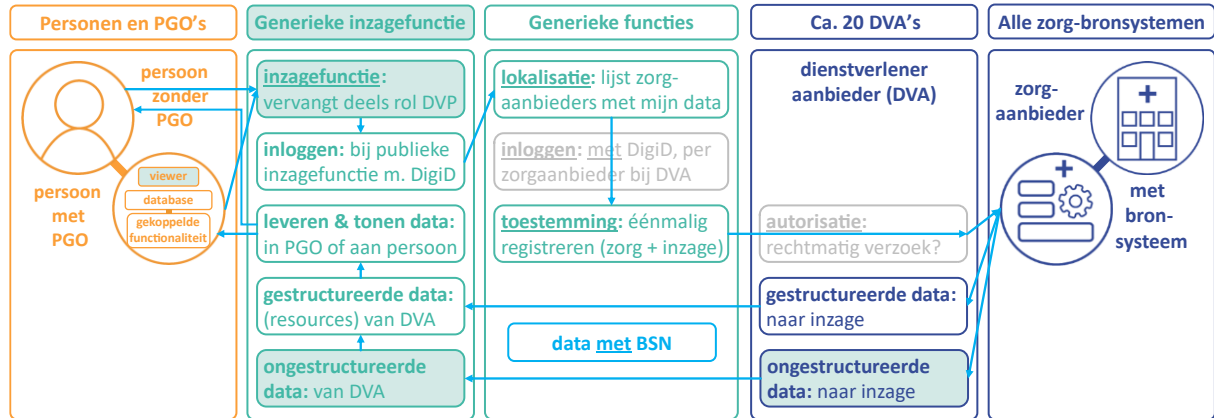
Tabel 1 - Vergelijking doorlooptijd iRealisatie en BSN-k / CIBG

Onderdeel	iRealisatie	BSN-k / CIBG
Intake afgerond	Q4 2023	Q4 2023
Offerte specificatiefase gereed	Q1 2024	Q2 2024
Technische specificatie gereed	Q2 2024	Q3 2024
Start ontwikkeling	Q3 2024	nog niet bekend
Oplevering	Q1 2025	nog niet bekend
Implementatie deelnemers	Q3 2025	6 mnd. na oplevering

### Optie 3 (uitgewerkt als stap 2): Een publieke inzagefunctie onder regie van de overheid

In deze tweede fase zetten we de volgende stap. De overheid neemt regie over de volledige generieke inzagedienst voor burgers (en zorgverleners) die gezondheidsdata uit verschillende zorgdomeinen (inclusief de publieke zorg) beschikbaar stelt. Deze inzagefunctie kan vanuit de PGO worden geraadpleegd. De eisen waaraan PGO-leveranciers moeten voldoen om gebruik te maken van de data en de wijze waarop de aansluiting op de generieke inzagefunctie tot stand komt, worden óók in deze stap vastgelegd in het MedMij Afsprakenstelsel. Omdat de generieke inzagefunctie onder regie van de overheid als een zelfstandige dienst kan worden opgezet, zou deze óók toegankelijk gemaakt kunnen worden voor burgers zónder PGO én voor zorgverleners.

Stap 2 is in de MedElkaar-regiegroep voorgesteld door de vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, vanuit de verwachting dat een dergelijke *publieke* inzagefunctie leidt tot reductie van complexiteit en daardoor meer zekerheid biedt op het behalen van het gestelde doel. Enkele andere Europese landen, waaronder België, hebben voor een dergelijk scenario gekozen.



Figuur 4 - Een publieke inzagefunctie onder regie van de overheid

Het CIBG of een andere uitvoeringsorganisatie mag een dergelijke taak alleen uitvoeren als daarvoor een wettelijke grondslag bestaat. Een wet die deze overheidstaak regelt is er nog niet. De Wet elektronische gegevensuitwisseling in de zorg (Wegiz) en de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) voorzien hierin niet. Het CIBG kan het eerste deel van de inzagefunctie, authentifieren, uitvoeren, maar het tweede deel de databeschikbaarheidsfunctie zal ingewikkelder zijn. Het CIBG verwerkt tot nu toe namelijk alleen op beperkte schaal patiëntgegevens.

## De rol van de aanbesteding

In een kamerbrief over de voortgang van de PGO's kondigde minister Kuipers in mei 2023 aan dat het ministerie, door middel van een aanbesteding, streeft naar een beperkt aantal, kwalitatief hoogwaardige PGO's.<sup>6</sup> In juli 2023 is de procedure met de Rijksinkoop samenwerking (RIS) gestart om hieraan invulling te geven. Ook wanneer er sprake is van een publieke taak kan de overheid, via een aanbesteding, aan private partijen vragen om (delen van) die taak uit te voeren.

### Stap 1 en 2 zijn qua architectuur uitgewerkt

In overleg met twee medewerkers van het ministerie van Binnenlandse Zaken, betrokken bij het BSN-koppelregister en het Landelijk Stelsel Toegang, hebben VWS, VZVZ, Nictiz en MedMij de functionele architectuurplaten voor stap 1 en 2 op hoofdlijnen uitgewerkt en becommentarieerd.

Zie hiervoor [bijlage 4](#).

---

*NB: Voor beide stappen zijn werkende generieke functies een noodzakelijke voorwaarde!*

---

De beschikbaarheid van in samenhang werkende generieke functies voor lokalisatie, toestemming en adressering is voor beide stappen een noodzakelijke voorwaarde voor realisatie.

---

<sup>6</sup> Zie: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2023/05/11/kamerbrief-over-voortgang-persoonlijke-gezondheidsomgevingen>

### *BSN. Het gebruik van het BSN t.b.v. de generieke inzagefunctie is mogelijk gemaakt.*

---

#### **Inleiding en aanleiding**

In mei 2023 besprak de MedElkaar-regiegroep een notitie van MedMij waarin werd gepleit voor het mogelijk maken van het gebruik van BSN in het PGO-stelsel. De notitie bevat **vier argumenten** voor het gebruik van BSN in de PGO.

- 1. Gebruiksgemak.** Dit heeft betrekking op het gemak van éénmalig inloggen met gebruik van één middel als het BSN in de PGO gebruikt mag worden. Op dit moment moet een PGO-gebruiker éérst inloggen bij de PGO met een inlogmiddel dat géén gebruik maakt van BSN en daarna meerdere malen (per zorgaanbieder) met BSN en DigiD om zorggegevens te verzamelen. Bijkomend voordeel: wanneer een PGO-gebruiker is geauthentiseerd met behulp van BSN mag een zorgaanbieder daar op basis van art 7 lid 2 Wabvpz op vertrouwen.
- 2. Authenticiteit van de data.** Op het moment dat een PGO-gebruiker gegevens, zoals zelfmeetgegevens of antwoorden op een vragenlijst, deelt met een zorgaanbieder én wanneer een zorgaanbieder gegevens deelt met een PGO, heeft de zorgaanbieder de wettelijke plicht (op basis van de Wabvpz) om met het BSN te verifiëren dat het om de gegevens van de juiste persoon gaat.
- 3. Toegang tot algemene voorzieningen.** Om gebruik door ouders, kinderen, mantelzorgers en wettelijk vertegenwoordigers mogelijk te maken zijn voorzieningen in gebruik die gebruik maken van BSN. Hetzelfde geldt voor andere generieke functies zoals toestemmingen. Zorgaanbieders mogen deze functies (met BSN) gebruiken maar PGO's niet.
- 4. Uniformiteit van informatiestandaarden** Omdat PGO's geen BSN mogen gebruiken en zorgaanbieders daartoe verplicht zijn, wijken de MedMij gegevensdiensten af van de informatiestandaarden die in de zorg in gebruik zijn. Dit leidt tot hogere beheerskosten en de verplichting voor zorgaanbieders om het BSN te verwijderen op het moment dat gegevens gedeeld worden met een PGO.

#### **Welk probleem wordt in welke stap opgelost?**

De twee stappen die in het vorige hoofdstuk beschreven zijn, verschillen in de wijze waarop BSN-gebruik in het PGO-stelsel mogelijk wordt gemaakt. Daardoor verschillen zij ook in de mate waarin de vier hierboven genoemde punten worden opgelost. De tabel op de volgende bladzijde laat dit zien.

#### **Zijn er alternatieven voor deze twee stappen, die sneller tot resultaat leidt?**

De vraag doet zich voor of er een 'snelle route' denkbaar is.

Tijdens de onderzoekfase is een variant besproken waarbij de ontheffing voor BSN-gebruik wordt gebruikt, die aan Mitz verleend is ten behoeve van het toestemmingenregister. In deze stap logt de PGO-gebruiker in met BSN en DigiD bij de toestemmingsvoorziening van Mitz om van daaruit, via een gekoppelde lokalisatievoorziening, data op te halen uit de verschillende zorgdomeinen.

Het is de vraag of de verleende ontheffing hiervoor gebruikt mag worden. Het doel waarvoor het BSN gebruikt wordt verandert namelijk van 'het verlenen van toestemming' naar 'het ophalen van data uit het zorgdomein'. We stellen voor de (on)mogelijkheden van deze oplossing goed te onderzoeken en hiervoor een expertsessie met de betrokken juridische deskundigen te beleggen.

Tabel 2 - Welk probleem lost welke stap op voor de voorwaarde BSN-gebruik?

	1. Authenticatiedienst	2. Generieke inzagefunctie
Gebruiksgemak	+(a)	++ (a)
Authenticiteit data	+	+
Toegang voorzieningen	+	+
Uniforme standaarden	+/- (b)	+/- (b)
Toelichting en voorwaarden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wetswijziging voor grondslag BSN en uitvoeringstaak nodig (AMvB bij bestaande wet?)</li> <li>• (a) Functionaliteit BSN-pseudoniem moet nog gebouwd worden</li> <li>• (b) Noodzaak verwijderen BSN uit zorgdata blijft mogelijk bestaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wetswijziging voor grondslag BSN en uitvoeringstaak nodig (nieuwe PGO-wet?)</li> <li>• (a) Functionaliteit BSN-pseudoniem moet nog gebouwd worden en is ook in deze stap nodig</li> <li>• (b) Noodzaak verwijderen BSN uit zorgdata blijft mogelijk bestaan</li> </ul>

### Conclusies voor de voorwaarde gebruik BSN <sup>7</sup>

1. Het gebruik van BSN leidt tot toename van gebruiksgemak en reductie van complexiteit, maar realisatie zal niet voor 2025 afgerond zijn. Voor beide stappen is een wettelijke grondslag nodig om het BSN te mogen gebruiken. De doorlooptijd voor een wetswijziging is 2 tot 4 jaar en de uitkomst is niet zeker. Versnelling is mogelijk wanneer gebruik gemaakt kan worden van een ontheffing of gedoogconstructie totdat wetgeving is geregeld. Echter, de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) verleent geen ontheffingen voor het gebruik van BSN en ook BZK is daarmee terughoudend totdat er een wettelijke grondslag is gerealiseerd.
2. Voor stap 1, het inrichten van een vertrouwde authenticatiedienst door de overheid, verwachten wij dat de wettelijke grondslag sneller, mogelijk per eind 2025, gerealiseerd kan worden. Wanneer de taken die horen bij de authenticatiedienst worden beschreven in een AMvB die is terug te voeren op een formele wet <sup>8</sup> is de doorlooptijd korter. Ook denken we dat een met overtuiging genomen bestuurlijk besluit, “we gaan ervoor”, kan helpen om te versnellen.
3. Beide stappen komen tegemoet aan de vier argumenten die pleiten voor BSN-gebruik. Het eerder genoemde ‘tweesporenbeleid’ met blijvende inzet voor gestructureerde databeschikbaarheid moet borgen dat de generieke inzagefunctie mogelijkheden biedt voor het koppelen van modules voor digitale en hybride zorg.
4. In de zorg zien we voorbeelden ontstaan in lijn met de generieke inzagefunctie (o.a. de initiatieven van CumuluZ, zoals de Zorgviewer in Noord-Nederland en DigiZorg in de Rijnmond. Deze initiatieven kunnen leiden tot versneld draagvlak onder zorgverleners. Zie [bijlage 3](#) voor de reactie van zorgaanbieders op dit ontwerpplan.
5. Het gebruiksgemak voor PGO-gebruikers is in stap 1 en 2 afhankelijk van de tijdige beschikbaarheid van een vertrouwde authenticatiedienst met gebruik van pseudoniem-BSN, zoals beschreven vanaf pagina 7.

<sup>7</sup> De paragraaf vertegenwoordigd nog niet het VWS-standpunt en is bedoeld om de discussie te kunnen voeren.

<sup>8</sup> Tijdens een recent overleg met de juridische experts van het ministerie is besproken dat een AMvB op basis van de Wabvzp en de Wet gebruik BSN in de zorg tot de mogelijkheden behoort.

***Lokalisatie.** Een lokalisatiefunctie voor gezondheidsdata voor burgers is ingericht en in gebruik genomen.*

---

### **Inleiding en aanleiding**

Om PGO-gebruikers in staat te stellen op een gebruiksvriendelijke manier gegevens bij verschillende zorgaanbieders op te halen is het antwoord op de vraag “Waar zijn mijn data?” essentieel. Niet voor niets is voor het oplossen van dit knelpunt door MedElkaar bouwblok 2 ingericht. ZN heeft lokalisatie als één van de belangrijkste voortgangscriteria benoemd van de MedElkaar-activiteiten en in de aanloop naar het peilmoment van juni 2023.

Lokalisatie is óók een van de zes generieke functies die door het ministerie van VWS wordt uitgewerkt. De andere vijf functies zijn identificatie, authenticatie, autorisatie, toestemming en adressering. VWS werkt met een werkgroep aan de invulling van een zorgbrede generieke functie lokalisatie, voor gebruik door zorgverleners én burgers. Voor zorgverleners is niet alleen het antwoord op de vraag “Waar zijn de data (van een patiënt)?” relevant, maar ook informatie over “Welke data zijn dat?” Dit verschil heeft te maken met een andere juridische uitgangspositie: een zorgverlener is gebonden aan het doel waarvoor de data nodig zijn en mag niet meer data opvragen dan nodig voor dat doel. Een burger heeft, op basis van WGBO en AVG recht op ‘alle’ data en hoeft daarvoor geen doel aan te geven.

### **De generieke functie Lokalisatie**

De concept-aanbeveling van de werkgroep lokalisatie is op 27 september 2023 opgeleverd. De kernpunten van dit advies zijn:

- Een startscenario met onderdelen die op korte termijn gerealiseerd kunnen worden en, in eerste instantie met behulp van Mitz, zal leiden tot een lokalisatiefunctie voor burgers (PGO-gebruikers) die, volgens de opgegeven planning van Mitz, in Q4 2024 opgeleverd kan worden.
- Dit startscenario is de eerste stap in een groeiscenario dat zal leiden tot een breed toepasbare doelarchitectuur voor de generieke functie Lokalisatie. Deze lokalisatiefunctie kan door zowel burgers als zorgaanbieders gebruikt worden.
- In het groei- en startscenario kan – na doorvoeren van de benodigde aanpassingen – gebruik gemaakt worden van Mitz.
- De doelarchitectuur is open van opzet en biedt andere lokalisatievoorzieningen de mogelijkheid om aan te sluiten op de generieke lokalisatiefunctie. Daarmee wordt marktverstoring voorkomen.
- Geborgd wordt dat de oplossing voor burgers en die voor zorgverleners goed op elkaar aansluiten en niet leidt tot dubbel werk of onnodige administratielast bij zorgverleners.
- De vragen waarop een lokalisatiefunctie antwoord moet kunnen geven zijn:
  - ‘Waar’ vragen: waar zijn mijn data (de data van mijn patiënt)?
  - Algemene ‘welke’ vragen: welke data zijn dit?
  - Persoonsgebonden ‘welke’ vragen: welke data (van een burger/patiënt) zijn dit?

Voor zorgverleners zijn, afhankelijk van de use case, alle drie de vragen noodzakelijk om alleen die data op te vragen die verband houden met het doel waarvoor een zorgverlener deze nodig heeft. De bevraging van algemeen naar specifiek zorgt ervoor dat de lokalisatiefunctie effectief kan

werken en past bij een ‘privacy-by-design’ aanpak. De lokalisatiefunctie voor zorgverleners valt buiten de scope van dit ontwerpplan. Vanwege de samenhang noemen we hem hier toch. Voor burgers is in ieder geval het antwoord op de ‘Waar zijn mijn data?’-vraag essentieel.

- Een vertrouwde authenticatiedienst (zoals beschreven in stap 1 van dit ontwerpplan) is in alle gevallen nodig. De optimale wijze van pseudonimiseren zal nog worden uitgewerkt.
- De werkgroep stelt voor om via een vergelijkbare aanpak als voor lokalisatie de generieke functies toestemming en adressering uit te werken, zodat deze in samenhang worden ontwikkeld en functioneren als onderdeel van het landelijk vertrouwensmodel.

Onderstaande tabel bevat een overzicht van de aanpassingen die op korte en lange termijn nodig zijn.

Tabel 3 - Ontwikkelingen op korte en lange termijn

	Burgers	en/of	Zorgverleners
<b>Korte termijn (startscenario) (2024-2025)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beantwoorden van de ‘Waar zijn mijn data?’ vraag</li> <li>• Toevoegen van de categorie ‘Ontsluiten naar mijn PGO’ aan Mitz-toestemmingen indien uit onderzoek blijkt dat toestemming nodig is</li> <li>• Bouwen van een API voor de authenticatiedienst</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beantwoorden van de ‘Waar zijn de data van mijn patiënt?’ vraag</li> <li>• Aansluiten van zorgverleners en vullen van het lokalisatie-register i.h.k.v. de uitrol van Mitz-toestemmingen</li> <li>• Fase 1 van beantwoorden van de algemene en persoonsgebonden ‘Welke data zijn dit?’ vraag</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verder uitwerken van het functioneel ontwerp van het startscenario</li> <li>• Kiezen voor de optimale pseudonimiseringsmethode</li> <li>• Uitvoeren van de juridische analyse (o.a. met Mitz)</li> <li>• Inzet van de lokalisatiefunctie onder andere t.b.v. de vijf geprioriteerde gegevensuitwisselingen onder de Wegiz</li> <li>• Uitwerken van de andere generieke functies</li> </ul>		
<b>Lange termijn (groeiscenario) (2025 en daarna)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inzet van lokalisatiefunctie om data met zorgverleners te delen vanuit de PGO</li> <li>• Het waar nodig óók beantwoorden van de algemene en persoonsgebonden ‘Welke data zijn dit?’ vraag voor burgers</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fase 2 van beantwoorden van de algemene en persoonsgebonden ‘Welke data zijn dit?’ vraag</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitwerken van de open doelarchitectuur voor andere lokalisatievoorzieningen</li> <li>• Doorontwikkeling van Mitz en andere lokalisatievoorzieningen om aan de eisen van deze doelarchitectuur te voldoen<sup>9</sup></li> </ul>		

<sup>9</sup> Bijvoorbeeld in de vorm van een Mitz-module in de PGO die, wanneer een gebruiker gegevens opvraagt bij een zorgaanbieder de daarbij veronderstelde toestemming registreert.

## Lokalisatie en de twee stappen

In alle gevallen dient lokalisatie een antwoord te geven op de vraag: Welke zorgaanbieders beschikken over informatie van een persoon? Of, vanuit het perspectief van de PGO-gebruiken: Waar bevinden zich mijn gegevens? Daarbij geldt eenzelfde implementatiescenario: er dient een vraag gesteld te kunnen worden aan een te definiëren koppelvlak. Het definiëren van dit koppelvlak, of aansluiten op een koppelvlak dat door de landelijke werkgroep is gedefinieerd, is onderdeel van het huidige MedElkaar-project (bouwblok 2) en wordt uitgewerkt in de Proof of Concept (PoC) voor Mitz. Bij de uitvoering van de stappen en in het licht van het advies voor de generieke functie Lokalisatie door VWS, moet onderzocht worden of de lopende PoC volstaat, of de PoC aangepast kan worden, of dat een nieuwe PoC nodig is.

Tabel 4 - Welk probleem lost welke stap op voor de voorwaarde lokalisatie op basis van Mitz?

	1. Authenticatiedienst	2. Generieke inzagefunctie
<b>Voorwaarde 2 Lokalisatie</b>	Voor deze stap moet een aanpassing in Mitz plaatsvinden om te kunnen werken met het pseudoniem-BSN. Mitz kan met een pseudoniem-BSN een lijst van zorgaanbieders maken waarvan bekend is dat zij over gegevens van de persoon beschikken. Deze lijst gaat terug naar de vragende partij. Via de <u>adresseringsfunctie</u> worden vervolgens de adresgegevens opgehaald van de desbetreffende zorgaanbieders. (ZKL-ZAL/ZORG-AB)	De persoon logt in bij de generieke inzagefunctie met BSN. Als Mitz over dit BSN kan beschikken is deze stap vanuit Mitz perspectief vergelijkbaar met stap 1.

## Conclusies voor de voorwaarde Lokalisatie op basis van Mitz

1. Door de oplevering van het conceptadvies van 27 september 2023 is er meer duidelijkheid over de landelijke oplossing voor de generieke functies van het ministerie van VWS. Het startscenario en het groeiscenario bieden ruimte voor het realiseren van een lokalisatiefunctie voor PGO's.
2. Voor stap 2 geldt dat de lokalisatiefunctie van Mitz in staat is om het BSN te verwerken, als het BSN voor gebruik door Mitz beschikbaar is en er een grondslag is voor deze verwerking.
3. Voor stap 1 is een aanpassing in Mitz nodig, zodat een versleuteld pseudoniem kan worden verwerkt. Deze aanpassing moet worden beproefd in de lopende of een nieuwe Proof of Concept.
4. Voor een goede werking van de generieke functie lokalisatie is samenhang met de generieke functies toestemming en adressering belangrijk.
5. Nu de landelijke generieke oplossing van het ministerie van VWS hiervoor de ruimte biedt, kan de invulling van de PGO-lokalisatiefunctie (het antwoord op de "waar zijn mij data" vraag) via Mitz worden uitgevoerd via het Plan van Aanpak Lokalisatie in het kader van MedElkaar bouwblok 2.

**Datastructuur.** Een methode voor het gebruik van gestructureerde én ongestructureerde gezondheidsdata is vastgesteld en wordt uitgevoerd.

**Inleiding en aanleiding**

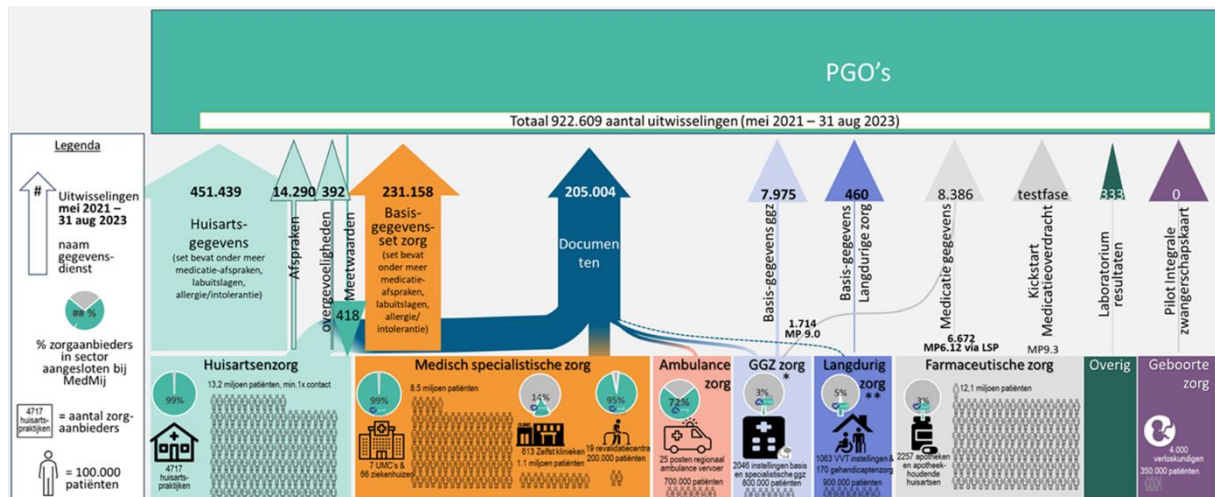
Nederland heeft gekozen uitwisseling van gestructureerde medische gegevens (Zibs, standaarden en gegevensdiensten) via het MedMij Afsprakenstelsel. Deze methode is complex en tijdrovend, zodat de vraag zich voordoet of een ‘tweesporenbeleid’ versnelling kan brengen: doorgaan met het bevorderen van datastructurering en tegelijkertijd pragmatisch gebruik maken van niet- of semigestructureerde data. Inspiratiebronnen voor het tweede spoor zijn te vinden in het buitenland, onder andere in België. In het kader van voorwaarde 3 zijn de volgende onderzoeken uitgevoerd.

1. Analyse van beschikbare databronnen per sector
2. Welke mogelijkheden biedt de Belgische aanpak voor gebruik in Nederland?
3. Welke synergie kan behaald worden door samenwerking met andere landelijke programma’s en initiatieven zoals het Landelijk Programma Medicatieoverdracht, eOverdracht, CumuluZ en Twiin?

Gebruik van data uit het publieke zorgdomein is niet onderzocht in het kader van #HoeDanWel omdat hiermee sinds het voorjaar van 2023 al een projectleider aan de slag is. Het ministerie van VWS is van plan om deze data beschikbaar te stellen voor een generieke inzagefunctie.

**Beschikbare databronnen per sector**

Sinds mei 2021 is er bijna een miljoen keer data door PGO-gebruikers verzameld. De cijfers hebben betrekking op de periode tot eind augustus 2023.



Figuur 5 - datastromen vanuit zorgsectoren naar PGO's

Een grotere versie van deze afbeelding is opgenomen in [bijlage 5](#).

Voor het grootste deel gaat het om gestructureerde data via MedMij-gegevensdiensten. In ca. 20% van de gevallen werd al gebruik gemaakt van ongestructureerde PDF/A-documenten. Deze zijn hoofdzakelijk afkomstig uit de drie zorgsectoren die de gegevensdienst ‘documenten’ hebben geïmplementeerd via een VIPP-regeling: huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en de GGZ.



- Vanuit de langdurige zorg, geboortezorg, farmaceutische zorg, paramedische zorg en de mondzorg worden nog geen documenten gedeeld met PGO's.
- Er worden nog geen (radiologie)beelden zoals röntgenfoto's of echo's gedeeld met PGO's.

De onderstaande tabel bevat een overzicht van ongestructureerde informatie die in bronsystemen gebruikt worden en die mogelijk interessant zijn om (op korte termijn) te ontsluiten naar PGO's. Een stappenplan voor deze en andere sectoren is opgenomen in de conclusies van dit hoofdstuk.

Tabel 5 - Mogelijk beschikbare ongestructureerde data per zorgsector

Zorgsector	Beschikbare documenten (PDF/A)
Huisartsenzorg	Professionele samenvatting huisarts PDF/A van volledige dossier (Wabvpz-verplichting per 07/20)
Medisch specialistische zorg	Verslag acute zorg Operatieverslag Beelden via Twiin zorgbericht of XDS-viewer
GGZ	Behandelplan en behandelplanevaluatie Contactverslag Crisisplan
Langdurige zorg	Zorgplan en zorgplanevaluatie Dagrapportages eOverdracht (PDF)

Het daadwerkelijk beschikbaar stellen van deze documenten vergt een besluit en daarna een inspanning van zorgaanbieders en hun ICT-leveranciers. MedMij heeft geen mogelijkheden om zorgaanbieders en hun leveranciers hiertoe te verplichten. Wel is MedMij betrokken bij het proces 'van visie naar werkagenda' met de IZA-deelnemers. De Wegiz, Wabvpz en eventuele aanvullende wettelijke kaders (PGO-wet) én de inkoopvoorwaarden en andere afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen wel een rol spelen bij het beschikbaar komen van data ten behoeve van PGO's. Dit wordt verder uitgewerkt bij voorwaarde 4, leverplicht.

### Mogelijkheden en onmogelijkheden van de Belgische aanpak in Nederland

De Belgische overheid neemt sinds 2008 de regie over de gegevensuitwisseling in de zorg en stelt sinds 2018 voor de inwoners van België een inzagefunctie (via een viewer) op authentieke brondata uit de zorg beschikbaar. Deze aanpak is op een aantal punten wezenlijk anders en daardoor niet één op één te vertalen naar de Nederlandse situatie.

Nederland	België
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marktwerving in de zorg en in het zorginformatiestelsel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overheidsregie op landelijk eHealthplatform sinds 2008</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meerdere sporen, netwerken en knooppunten voor gegevensuitwisseling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eén landelijk initiatief voor zowel burgers als zorgverleners</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veel sectorspecifieke EPD's</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 academische EPD's in gebruik bij andere ziekenhuizen in de regio, samen 'hub' vormend</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focus op uitwisselen van gestructureerde data</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focus op inzage van data bij de bron</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volgende stap: databeschikbaarheid conform Nationale Visie en Strategie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volgende stap: structureren van data, o.a. nodig voor aansluiting MyHealth@EU</li> </ul>

Figuur 6 - Verschillen tussen de Nederlandse en de Belgische aanpak

## **België en Nederland: Vergelijkbare problemen, andere aanpak**

De op te lossen problemen in België zijn vergelijkbaar met die van Nederland. Daarom is de Belgische methode op sommige onderdelen wel degelijk toepasbaar in Nederland.

- Fundament van Belgische oplossing is eveneens toestemming en lokalisatie. Dit pleit ervoor om deze twee generieke functies ook in Nederland voortvarend in te voeren.
- De Belgische overheid ontsluit zelf ook data naar het platform, in Nederland is dit nu ook in gang gezet.
- In België voert de overheid sinds 2008 regie op de gegevensuitwisseling in de zorg, we hebben dus een paar jaar in te halen. Wettelijke grondslag ontbreekt nog in Nederland en is in België aanwezig.
- De Belgische aanpak laat zien dat het op één plek beschikbaar stellen van ongestructureerde data meerwaarde voor burgers en zorgverleners oplevert.
- Structureren van data is in België nu ook noodzakelijk gebleken, onder andere om aan te kunnen sluiten bij het Europese initiatief MyHealth@EU.
- De samenhang tussen inzage voor burgers en zorgverleners creëert draagvlak onder zorgverleners omdat zij belang hebben bij een compleet (data)beeld van hun patiënten. Het sluit aan bij de roep om, met behulp van regie, meer synergievoordeel te behalen. Deze aanpak is ook de basis onder vergelijkbare initiatieven in Nederland, zoals CumuluZ.

### **Synergie met andere initiatieven zoals CumuluZ**

CumuluZ is een initiatief van de NFU, de NVZ is gevraagd om mee te doen en er wordt ook gesproken met de huisartsen en de langdurige zorg. Het initiatief streeft naar een platform dat patiënten en zorgverleners toegang geeft tot alle beschikbare informatie die nodig is voor het verlenen van zorg; een patiënt-georiënteerd levensloopp dossier met alle zorgdata (en op termijn ook gezondheidsdata) over de volledige levensloop. Via de Zorgviewer-app krijgen zorgverleners toegang tot de data, de DigiZorg-app regelt dit voor patiënten en biedt daarbij de mogelijkheid om data te delen met zorgverleners. Met beide apps wordt momenteel een Proof of Concept uitgevoerd in resp. Noord Nederland en de regio Rotterdam. Daarbij wordt gebruik gemaakt van MedMij-gegevensdiensten. Zorgviewer beproeft de 'inzagemethode', DigiZorg is gebaseerd op gegevensuitwisseling via de PGO. De CumuluZ-initiatieven hebben als primaire doelstelling: het creëren van een vollediger patiëntbeeld voor zorgverleners en voor wetenschappelijk onderzoek.

De mensen van CumuluZ staan open voor samenwerking en beschouwen de data in PGO's en het MedMij-stelsel daarbij als een dataknooppunt voor patiënten.

### **Datastructuur en de twee stappen**

De keuze voor één van de twee stappen heeft relatief weinig invloed op de activiteiten op het gebied van datastructuur. In alle stappen kan het gebruik van ongestructureerde data worden toegepast. Hoewel PGO's zijn ingericht op het verzamelen van data in een database, kan er ook in stap 1 of 2 voor worden gekozen om een deel van de data (ook) via een viewer aan te bieden.

Tabel 6 - Welk probleem lost welke stap op voor de voorwaarde datastructuur?

	1. Authenticatiedienst	2. Generieke inzagefunctie
<b>Voorwaarde 3 datastructuur</b>	In drie sectoren kunnen nu al relatief eenvoudig voor burgers interessante ongestructureerde dossierdata worden ontsloten m.b.v. de gegevensdienst Documenten op basis van PDF/A standaard.	Zie stap 1 De generieke inzagefunctie van stap 2 biedt daarnaast goede kansen voor het tonen van radiologiebeelden via een viewer.

### Conclusies en prioritering voor de voorwaarde Datastructuur

Op termijn wordt beschikbaar stellen van het volledige dossier de norm. Op weg daar naartoe leiden de volgende stappen tot beter gevulde PGO's en een completere generieke inzagefunctie

1. De sectoren huisartsenzorg, medisch specialistische zorg en GGZ ontsluiten al ongestructureerde data via de gegevensdienst Documenten (PDF/A) t.g.v. de implementatie in de VIPP-regeling. Logische volgende stappen voor deze sectoren zijn:
  - a. Label in overleg met zorgkoepels en leveranciers de voor burgers interessante aanvullende ongestructureerde data met metadata
  - b. Ontsluit deze data m.b.v. de gegevensdienst Documenten (PDF/A)
  - c. Bespreek met de huisartsensector om de S- en de O-regel van het consultverslag aan de gegevensdienst toe te voegen. De Zib 'behandelgrenzen' wordt ook als geschikte kandidaat gezien om toe te voegen aan de gegevensdienst.
2. De sector langdurige zorg heeft een recent afgeronde VIPP-regeling maar heeft daarin niet de gegevensdienst Documenten (PDF/A) geïmplementeerd. De bronsystemen bevatten documenten met voor PGO-gebruikers relevante data, zoals een zorgplan, de dagrapportages of de PDF van eOverdracht. De te nemen stappen zijn:
  - a. Verplicht en/of stimuleer combinaties van bronsysteem en DVA om zich te kwalificeren voor de gegevensdienst Documenten (PDF/A)
  - b. Label in overleg met zorgkoepels en leveranciers de voor burgers interessante ongestructureerde data met metadata
  - c. Ontsluit deze data m.b.v. de gegevensdienst Documenten (PDF/A)
3. De sectoren geboortezorg en farmaceutische zorg hebben een nog lopende VIPP. Daar zijn de logische volgende stappen:
  - a. Verplicht en/of stimuleer apotheken om de bestaande gegevensdiensten Medicatiegegevens (in gebruik bij 51 apotheken) en Medicatie gerelateerde overgevoeligheden (in gebruik bij 23 apotheken) op grotere schaal te implementeren
  - b. Verplicht en/of stimuleer combinaties van bronsysteem en DVA om zich te kwalificeren voor de gegevensdienst Documenten (PDF/A)
  - c. Label in overleg met de VIPP-bureaus, zorgkoepels en leveranciers de voor burgers interessante ongestructureerde data met metadata
  - d. Ontsluit deze data m.b.v. de gegevensdienst Documenten (PDF/A)
  - e. Onderzoek voor de geboortezorg het ontsluiten van zwangerschapsecho's via een viewer
4. De sectoren paramedische zorg en mondzorg hebben geen (volledige) VIPP. Zij bedienen wel een grote doelgroep. De te nemen stappen in deze sectoren zijn:
  - a. Onderzoek of de sector gebruik maakt van bronsystemen die in combinatie met een DVA al informatie kunnen ontsluiten naar PGO's.
  - b. Onderzoek de benodigde inspanning om bronsystemen in combinatie met een bestaande en geaccepteerde DVA te laten kwalificeren voor de gegevensdienst Documenten (PDF/A)

- c. Label in overleg met zorgkoepels en leveranciers (en voor de paramedische zorg het VIPZ-bureau) de voor burgers interessante ongestructureerde data met metadata
  - d. Ontsluit deze data m.b.v. de gegevensdienst Documenten (PDF/A)
- 5. Volg voor het ontsluiten van data uit de publieke zorgsector het Plan van Aanpak dat in het desbetreffende project onder aansturing van VWS wordt uitgewerkt.
- 6. Onderzoek voor verschillende sectoren de haalbaarheid voor het delen van beelden, bijvoorbeeld via het Twiin-zorgbericht of een XDS-viewer.
- 7. Houd bij het inrichten van (ongestructureerde) datastromen van bronsystemen naar een PGO rekening met het feit dat deze data óók voor zorgverleners interessant zijn en zorg waar mogelijk dat deze data ook voor hen toegankelijk zijn. Dit wordt onderbouwd door de ervaringen uit België en de activiteiten van CumuluZ en helpt bij het creëren van draagvlak voor PGO-gebruik onder zorgverleners.

***Leverplicht.*** *De verplichting voor aangesloten zorgaanbieders én hun leveranciers om het volledige dossier aan de PGO aan te leveren is geregeld en wordt nageleefd.*

---

### **Inleiding en aanleiding**

Om in 2025 een gebruiksvriendelijk en goed gevulde persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) te krijgen is het noodzakelijk dat zorgaanbieders het mogelijk maken dat burgers hun medische dossier in hun PGO kunnen raadplegen. De verwachting en ervaring is dat dit zonder wetgeving niet gaat gebeuren en dat een wettelijke leverplicht hiervoor nodig is.

In de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz) is opgenomen dat zorgaanbieders verplicht zijn om een digitaal afschrift van het medisch dossier beschikbaar te stellen. Er is een artikel aan toegevoegd waarmee zorgaanbieders verplicht zijn de relevante gegevens te delen met een PGO als deze aantoonbaar voldoet aan de eisen van de Wegiz.

### **Hoe niet**

De invoering van de Wegiz per 1 juli 2023 kan gezien worden als een eerste stap die leidt tot een betere beschikbaarheid van kwalitatief goede elektronische gegevens die ons een stap dichterbij brengt naar een goed gevuld PGO. Echter, de uitwisseling naar het PGO beperkt zich tot de gegevensuitwisselingen die beschreven worden in door het zorgveld op te stellen kwaliteitsstandaarden waarnaar verwezen wordt in de verschillende (nog te maken) Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB's). De meerjarenagenda van deze gegevensuitwisselingen laat zien dat het nog jaren duurt voordat deze inwerking treden (BGZ en Beeldbeschikbaarheid medio 2025, medicatiegegevens 2026 en Verpleegkundige Overdracht 2028). Daarbij staan gegevensuitwisselingen voor andere sectoren nog niet op de meerjarenagenda. De Wegiz biedt hierdoor geen mogelijkheid om een brede verplichting op te nemen om gegevens te delen met een PGO.

### **Hoe dan wel?**

Een eerste stap zou kunnen zijn om te beginnen met een plicht voor zorgaanbieders om in aanvulling op artikel 15d van de Wabvpz, het medisch dossier te ontsluiten via een PGO. Dit is een relatief kleine wetswijziging die niet alles oplost maar die – hopelijk – wel relatief snel kan gaan. Deze aanpassing past ook goed bij de ontwikkelingen rond de European Health Data Space (EHDS).

Er kan ook gekozen worden voor één PGO-wet waarin meerdere relevante knelpunten opgelost worden. Denk aan het gebruik van BSN, de verplichting voor PGO's om zich te houden aan diverse NEN-normen, verplichte implementatie van generieke functies zoals lokalisatie en toestemming, en mogelijk ook een basis voor een toekomstig financieringsarrangement. Een nieuwe wet zal een investering van enkele jaren vragen.

## Leverplicht en de twee stappen

Het (wettelijk) borgen van leverplicht is een betrekkelijk autonoom proces dat deels afhankelijk is van de gekozen stap.

Tabel 7 - Welk probleem lost welke stap op voor de voorwaarde leverplicht?

	1. Authenticatiedienst	2. Generieke inzagefunctie
<b>Voorwaarde 4 leverplicht</b>	De leverplicht moet gelden voor aanlevering aan de PGO.	Er moet een leverplicht aan de inzagefunctie geregeld worden in plaats van aan de PGO. Daarnaast mogelijk ook regelen dat de PGO verplicht gebruik moet maken van de inzagefunctie.

## Conclusies voor de voorwaarde Leverplicht

1. De Wegiz en daaruit voortvloeiende AMvB's regelen een 'smalle leverplicht', maar zijn geen geschikte instrumenten om op afzienbare termijn een 'brede leverplicht' richting PGO's te realiseren.
2. Een mogelijke oplossing ligt in een beperkte wijziging in artikel 15d van de Wabvpz. Kleine wetswijzigingen die aan bepaalde kenmerken voldoen kunnen worden doorgevoerd in een verzamelwet.
3. Op de lange termijn kan leverplicht en een aantal andere zaken geborgd worden via een PGO-wet. Of een dergelijke wet er moet komen is nog niet besloten. Het is niet te verwachten dat een dergelijk besluit genomen wordt door een demissionaire minister. De doorlooptijd van een nieuwe wet is meerdere jaren.<sup>10</sup> De voorbereidingen daarvoor, in de vorm van een startnota, zijn al begonnen.

---

<sup>10</sup> Ter indicatie de globale doorlooptijden van een wet: Voorbereiding: 5 tot 6 maanden. Consultatie, toetsing & advies: 8 tot 9 maanden. Politieke besluitvorming en publicatie: 10 tot 11 maanden.

## Realisatie van de voorwaarden voor stap 1 en 2

Onderstaande tabel bevat een samenvatting en overzicht van de belangrijkste bevindingen van de voorwaarde 1 tot en met 4 in relatie tot de twee stappen.

Tabel 8 - Overzicht van de 4 voorwaarden per stap

Stap ▶		
▽ Voorwaarde	1. Authenticatiedienst	2. Generieke inzagefunctie
1. Voldoet aan BSN-wensen?	+	++
1. Wetwijziging nodig voor BSN?	Ja (AMvB?)	Ja (nieuwe PGO wet?)
2. Lokalisatie	Technische aanpassing voor pseudoniem moet ontwikkeld worden	Grondslag voor BSN in lokalisatiedienst nodig
3. Datastructuur	Goede mogelijkheden voor ontsluiten data	Zie stap 1 + beelden via viewer?
4. Leverplicht	Leverplicht voor aanlevering aan PGO	Leverplicht voor aanlevering aan en gebruik van de inzagefunctie

### Elke stap kent specifieke voorwaarden

- **Stap 1** is qua wettelijke grondslag minder complex en is daardoor mogelijk voor eind 2025 te realiseren. Gebruiksgemak is afhankelijk van tijdige beschikbaarheid van een pseudonimiseringsfunctie voor BSN en inbouw daarvan door de PGO-leveranciers.
- **Stap 2** voldoet het best aan de ambitie om de regie voor de databeschikbaarheid van gezondheidsgegevens voor burgers bij de overheid te leggen. Het weghalen van deze taak bij individuele PGO-leveranciers leidt tot reductie van complexiteit. De generieke inzagefunctie die in deze stap ontstaat biedt gebruiksgemak, bevat elementen van de Belgische oplossing en biedt ook meerwaarde voor zorgverleners. Zij benoemen wel als risico dat deze stap leveranciers kan 'afleiden' van het gestructureerd uitwisselen van gezondheidsdata. Om gezondheidsdata vanuit de PGO in digitale zorgtoepassingen te borgen dient het 'tweesporenbeleid' dat het beschikbaar stellen van gestructureerde data ondersteunt naast het bieden van een 'zuivere' inzage- of viewerfunctie. Deze stap is te beschouwen als het einddoel van het #HoeDanWel?-project. Voor het realiseren van stap 2 zijn immers de ingrediënten van stap 1 nodig.<sup>11</sup> Het beschikbaar stellen van data uit de publieke gezondheidszorg kan als Proof of Concept voor stap 2 worden gebruikt.
- **In beide stappen** kan het MedMij Afsprakenstelsel ervoor zorgen dat het gebruik van data door de PGO-leveranciers voldoet aan de eisen van veiligheid en betrouwbaarheid.

<sup>11</sup> Tenzij wordt besloten om volledig afscheid te nemen van PGO-leveranciers in het private domein en over te gaan naar één PGO in het publieke domein. Deze optie is beschreven als 'PGO Nederland' in scenario 4 van het MedElkaar-advies van maart 2023.

*Ons advies: realiseer éérst een vertrouwde authenticatiedienst door de overheid (stap 1) en groei van daaruit door naar een volledige generieke inzagefunctie (stap 2).*

---

Dit advies is gebaseerd op de volgende argumenten:

- De initiatiefnemers van MedElkaar zijn het erover eens dat stap 2 het einddoel is waarnaar we moeten streven, maar dat dit einddoel niet in 2025 gerealiseerd kan zijn.
- Wij verwachten dat met stap 1 in 2025 een belangrijke eerste stap op weg naar stap 2 gezet wordt en databeschikbaarheid door een generieke inzagefunctie voor burgers gerealiseerd kan worden. Voor stap 2 is het organiseren van de benodigde wettelijke grondslag in 2025 niet gereed. Dat komt onder andere doordat de mogelijkheden voor versnelde realisatie op basis van tijdelijke ontheffing of gedoogconstructie beperkt zijn. De beelden over wat wel en niet mogelijk is verschillen nog te veel. Wij adviseren om daarover de bestuurlijke discussie te voeren en een expertsessie te organiseren.
- Een vertrouwde authenticatiedienst die in het kader van stap 1 wordt ontwikkeld is nodig om de stap naar stap 2 te kunnen zetten. Het gebruik van pseudoniem-BSN is onderdeel van de generieke functie Lokalisatie en kan ook gebruikt worden om de koppeling naar de machtigingsvoorziening en het gezagsregister te leggen. Het ligt dus voor de hand om daarmee te beginnen, zodat deze functie gereed is op het moment dat stap 2 is ontwikkeld. Het inschakelen van de afdeling iRealisatie van het ministerie van VWS biedt vooralsnog de beste garantie op het realiseren van deze authenticatiedienst per 2025.

In **deel 2** beschrijven we – voor zover mogelijk – de tijdslijnen, verantwoordelijkheden en risico's per stap.



## Deel 2 – Wanneer en door wie?

### Wat kunnen we eind 2025 hebben gerealiseerd?

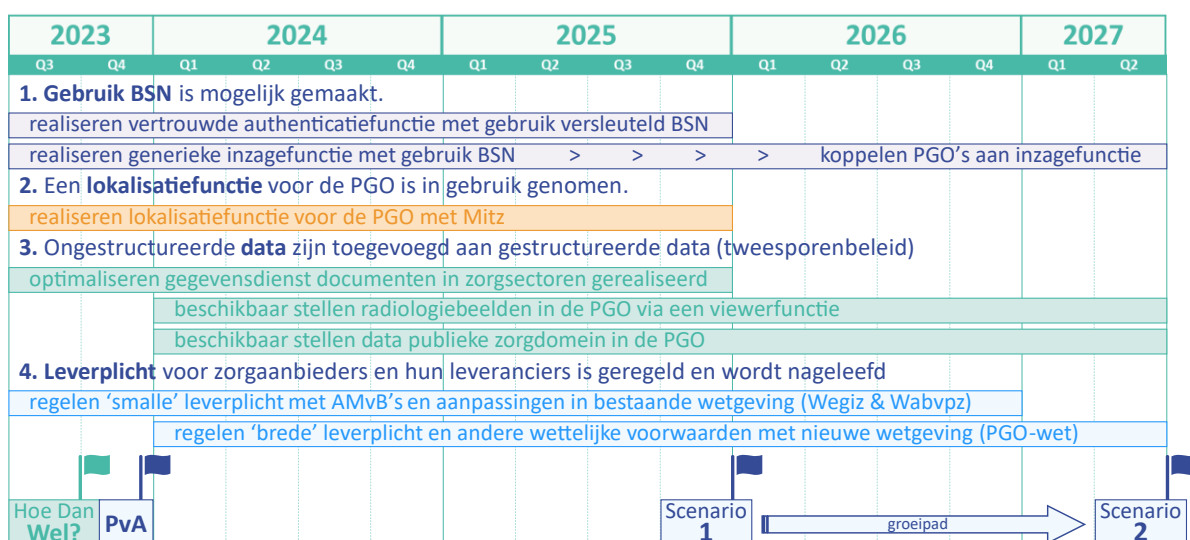
Onderstaande tabel bevat een overzicht van welke onderdelen van de vier voorwaarden voor een generieke inzagefunctie de komende jaren gerealiseerd kunnen worden. Deze zijn te beschouwen als een groeipad via stap 1 naar stap 2.

De *voorwaarden* voor **stap 1**, een publieke vertrouwde authenticatiedienst door de overheid die dataverwerking met een versleuteld BSN in de PGO mogelijk maakt, kunnen – is onze inschatting – eind 2025 gerealiseerd zijn. Dat heeft te maken met het feit dat de wettelijke grondslag voor deze taak dicht aanligt tegen de taken die nu al onder regie van de overheid worden uitgevoerd

Voor de volgende stap, een generieke inzagefunctie onder regie van de overheid, zoals beschreven in **stap 2**, is naar verwachting één tot anderhalf jaar nodig. Dat komt doordat voor dataverwerking van gezondheidsdata onder regie van de overheid een goede wettelijke grondslag nodig is. Het ligt overigens voor de hand om de publieke zorgdata, waar de overheid zelf verantwoordelijkheid voor draagt, te gebruiken als Proof of Concept voor het inrichten van deze generieke inzagefunctie. Stap 2 heeft als voordeel dat het beschikbaar stellen van gebundelde gezondheidsinformatie niet meer door alle PGO-leveranciers afzonderlijk hoeft te worden georganiseerd, wat tot forse complexiteitsreductie leidt. Ook ontstaat er synergie met andere ontwikkelingen op het gebied van informatieoverdracht in de zorg, omdat een generieke inzagefunctie, niet alleen voor burgers maar ook voor zorgaanbieders meerwaarde biedt, zoals in België is gebleken.

Om PGO-gebruikers in staat te stellen de data te gebruiken in de PGO, en de daaraan gekoppelde digitale zorgtoepassingen, moeten de data via de generieke inzagefunctie zoveel mogelijk gestructureerd beschikbaar worden gesteld. Alleen dan is een generieke inzagefunctie ook echt een databeschikbaarheidsfunctie. Het pseudoniem-BSN dat in stap 1 is gerealiseerd, kan vervolgens in stap 2 worden gebruikt voor het aansluiten van de PGO's op de generieke inzagefunctie.

Voor de realisatie van beide stappen, waarvan de hoofdlijnen in dit ontwerpplan zijn beschreven, zal in het laatste kwartaal van 2023, onder regie van VWS, een Plan van Aanpak worden opgesteld.



Figuur 7 - globale tijdlijn

## Wie is verantwoordelijk voor wat?

Voor het realiseren van de vier voorwaarden die nodig zijn voor het tot stand brengen van een generieke inzagefunctie voor burgers is samenwerking nodig van de vier MedElkaar-partijen. Vanwege de rol bij het tot stand brengen van het wettelijke kader en de landelijke generieke voorzieningen liggen veel verantwoordelijkheden bij het ministerie van VWS.

### Ministerie van VWS

#### Voorwaarde 1 tot en met 4

- Primair verantwoordelijk voor het, samen met MedMij en de andere betrokken partijen, opstellen van een Plan van Aanpak voor de realisatie van stap 1 en 2, gebaseerd op dit ontwerpplan en onder regie van de overheid.  
**Wanneer?** Q4 2023.
- Primair verantwoordelijk voor de benodigde wetgeving en grondslagen voor **voorwaarde 1 (BSN)** en **voorwaarde 4 (leverplicht)**.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023 tot en met realisatie van de wettelijke grondslag (ca. 2027)
- Primair verantwoordelijk voor het landelijk kader voor de generieke functie Lokalisatie (in samenhang met toestemming en adressering) voor **voorwaarde 2 (lokalisatie)**.  
**Wanneer?** Advies in Q4 2023. Startscenario in 2024-25. Groeiscenario in 2025 en verder.
- Primair verantwoordelijk m.b.t. **voorwaarde 3 (datastructuur)** voor de uitvoering van het plan van aanpak voor de ontsluiting van data uit de publieke zorgsector.  
**Wanneer?** Plan van Aanpak gereed en oplevering gegevensdienst vaccinaties in Q4 2023. Verdere uitvoering in 2024-27.
- Samen met de andere zorgsectoren en de deelnemers aan het Digitaal Transformatie Orgaan (DTO) en het Integrale Zorgakkoord (IZA) verantwoordelijk voor het prioriteren en geven van **gecoördineerde sturing** voor het beschikbaar stellen van data aan een generieke inzagefunctie bij de uitvoering van de landelijke programma's op het gebied van informatie-uitwisseling in de zorg en het ondersteunen van de zorgsectoren daarbij (tijdens of na de VIPP-regelingen).  
**Wanneer?** Overgang van MedElkaar naar DTO in Q4 2023 en Q1 2024, daarna continu.

#### Uitvoering stappen

- Primair verantwoordelijk voor een aanbestedingsregeling die past bij de gekozen stap.  
**Wanneer?** Gestart in Q3 2023. Marktconsultatie in Q4 2023. Oplevering: nog niet bekend.
- Primair verantwoordelijk voor het (laten) aansturen en verstrekken van een opdracht aan de bij de uitvoering van een stap betrokken overheidsorganisaties zoals het CIBG, Logius en/of de afdeling iRealisatie.  
**Wanneer?** Q4 2023 en Q1 2024.
- Primair verantwoordelijk voor de afstemming met het ministerie van Binnenlandse Zaken, o.a. over het landelijk programma Toegang en functies voor machten en volmacht.  
**Wanneer?** Opdrachtfase t/m Q1 2024, uitvoering in 2024-27
- Samen met MedMij, ZN en de Patiëntenfederatie verantwoordelijk voor het inrichten van een nieuw bestuursmodel (inclusief financiering) voor het PGO-stelsel dat past bij een meer publieke positie van dat stelsel.  
**Wanneer?** Q4 2023 t/m Q2 2024

## Zorgverzekeraars Nederland

### Voorwaarde 1 tot en met 4

- Primair verantwoordelijk m.b.t. **voorwaarde 3 (datastructuur) en 4 (leverplicht)** voor het tot stand brengen van inkoopvoorwaarden met zorgaanbieders die het beschikbaar stellen van data aan een generieke inzagefunctie ondersteunen en het gebruik van PGO's in het zorgproces stimuleren.  
**Wanneer?** Definitiefase in 2024, uitvoering in 2025-27.
- Primair verantwoordelijk voor het **beleid** van de Nederlandse zorgverzekeraars **op het gebied van digitale en hybride zorg** vanuit het Kenniscentrum Digitale Zorg (Per Q4 2023: Platform transformatie naar digitale en hybride zorg en ondersteuning), op een manier die bijdraagt aan het tot stand komen en het gebruik van een generieke inzagefunctie voor burgers.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.
- Samen met MedMij en VZVZ verantwoordelijk voor de **uitvoering van voorwaarde 2 (lokalisatiefunctie voor PGO m.b.v. Mitz)** in lijn met het start- en groeiscenario van de landelijke oplossing voor de generieke functie lokalisatie van het ministerie van VWS.  
**Wanneer?** Vanaf Q4 2023 tot 2025 voor het startscenario, 2025-27 voor het groeiscenario.
- Samen met de andere deelnemers aan het Digitaal Transformatie Orgaan (DTO) en het Integrale Zorgakkoord (IZA) verantwoordelijk voor **het prioriteren en meewerken aan gecoördineerde sturing voor het beschikbaar stellen van data aan een generieke inzagefunctie** bij de uitvoering van de landelijke programma's op het gebied van informatie-uitwisseling in de zorg.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.

### Uitvoering stappen

- Primair verantwoordelijk voor het nemen van een besluit over de inhoudelijke ondersteuning en financiële bijdrage aan Stichting MedMij in het licht van de gepresenteerde stappen. Samen met MedMij, het ministerie van VWS en de Patiëntenfederatie verantwoordelijk voor het inrichten van een nieuw bestuursmodel voor het PGO-stelsel dat past bij een meer publieke positie van dat stelsel.  
**Wanneer?** Q4 2023 tot en met Q2 2024.
- Mede verantwoordelijk voor het aansturen en verstrekken van een opdracht aan de, bij de uitvoering van een stap betrokken en aan verzekeraars gelieerde organisaties zoals VECOZO.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.

## Patiëntenfederatie Nederland

### Voorwaarde 1 tot en met 4

- Primair verantwoordelijk voor het **in kaart brengen en delen van de wensen en behoeften van zorggebruikers** m.b.t. de data waarover zij via een generieke inzagefunctie willen beschikken in het kader van voorwaarde 3 (datastructuur).  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.
- Samen met de andere deelnemers aan het Integrale Zorgakkoord (IZA) verantwoordelijk voor het **prioriteren en meewerken aan gecoördineerde sturing voor het beschikbaar stellen van data aan een generieke inzagefunctie** bij de uitvoering van de landelijke programma's op het gebied van informatie-uitwisseling in de zorg.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.

### *Uitvoering stappen*

- Primair verantwoordelijk voor het bewaken van de belangen van zorggebruikers en hun mogelijkheden tot het voeren van regie over gezondheid in het licht van de gepresenteerde stappen.  
**Wanneer:** Continu vanaf Q4 2023.
- Primair verantwoordelijk voor het uitvoeren van het programma PGO on Air en de communicatiestrategie die daarvan deel uitmaakt, op een wijze die bijdraagt aan het tot stand komen van, de bekendheid met en het gebruik van een generieke inzagefunctie.  
**Wanneer:** Continu vanaf Q4 2023.
- Samen met MedMij, ZN en het ministerie van VWS verantwoordelijk voor het inrichten van een nieuw bestuursmodel voor het PGO-stelsel dat past bij een meer publieke positie van dat stelsel.  
**Wanneer?** Q4 2023 t/m Q2 2024.

### **Stichting MedMij en haar partners VZVZ en Nictiz**

#### *Voorwaarde 1 tot en met 4*

- Primair verantwoordelijk voor het **aanpassen van het MedMij Afsprakenstelsel**, de **gegevensdiensten** en het **begeleiden van de deelnemers** (leveranciers) waar dit nodig is voor de realisatie van voorwaarde 1 t/m 4.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.
- Samen met ZN en VZVZ verantwoordelijk voor de **uitvoering van voorwaarde 2 (lokalisatiefunctie voor PGO m.b.v. Mitz)** in lijn met het start- en groeiscenario van de landelijke oplossing voor de generieke functie Lokalisatie van het ministerie van VWS.  
**Wanneer?** Vanaf Q4 2023 tot 2025 voor het startscenario, 2025-27 voor het groeiscenario.
- Samen met de andere deelnemers van het Digitaal Transformatie Orgaan (DTO) en het Integrale Zorgakkoord (IZA) verantwoordelijk voor het **prioriteren en meewerken aan gecoördineerde sturing voor het beschikbaar stellen van data aan een generieke inzagefunctie** bij de uitvoering van de landelijke programma's op het gebied van informatie-uitwisseling in de zorg.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.

### *Uitvoering stappen*

- Primair verantwoordelijk voor het aanpassen van het MedMij Afsprakenstelsel en het begeleiden van de deelnemers (leveranciers) waar dit nodig is voor de uitvoering van de gekozen stap.  
**Wanneer?** Continu vanaf Q4 2023.

### Risico's en afhankelijkheden

Een voorlopig overzicht van de risico's verbonden aan het realiseren van een generieke inzagefunctie voor burgers is opgenomen in [bijlage 6](#) van dit ontwerpplan. Het is bedoeld als eerste aanzet van een dynamische risicoanalyse en zal de tijdens de uitvoering van de stappen naar behoefte worden geactualiseerd.

## Deel 3 – Voor wie?

### De klantreis: wat merken de inwoners van Nederland van een generieke inzagefunctie?

In deze paragraaf beschrijven we wat een inwoner van Nederland merkt van databeschikbaarheid door een generieke inzagefunctie op het moment dat deze gerealiseerd is. Voor deze klantervaring moet uiteraard meer gebeuren, bijvoorbeeld op het gebied van implementatie en communicatie, dan in de stappen van dit ontwerpplan is beschreven. De klantreis beschrijft ook nog niet uitgebreid wat zorgverleners en leveranciers gaan merken van de generieke inzagefunctie.

#### Stap 1: Bewust worden, kiezen en aanmelden

1. Een inwoner van Nederland wordt zich bewust van het belang om toegang te krijgen tot de eigen gezondheidsgegevens die zich bevinden in het dossier van de zorgaanbieder(s). Bij navraag blijken meerdere mensen in de eigen omgeving hier ook gebruik van te maken. Ook de huisarts, de apotheker en de specialist in het ziekenhuis vertellen desgevraagd dat steeds meer van hun patiënten van deze mogelijkheid gebruik maken.

*De inwoner van Nederland is hierdoor klaar voor de volgende stap.*

2. De inwoner van Nederland zoekt en vindt betrouwbare, begrijpelijke en toepasbare informatie over de verschillende mogelijkheden om toegang te krijgen tot de eigen gezondheidsgegevens. De informatie wordt op verschillende manieren aangeboden. Bijvoorbeeld: via de landelijke en plaatselijke overheid, via patiëntenorganisaties, het PGO-loket, PGO.nl en Zorgkaart Nederland, via bibliotheken, via nieuwsmedia, via de eigen zorgaanbieder, via de zorgverzekeraar, in het wijkcentrum, et cetera.

*De informatie zorgt ervoor dat de inwoner van Nederland een weloverwogen keuze kan maken.*

3. De inwoner van Nederland besluit, op basis van de ingewonnen informatie, dat de mogelijkheid, om op één plek toegang te krijgen tot gezondheidsgegevens uit meerdere bronnen, het beste past bij de eigen situatie, wensen en vaardigheden. Deze mogelijkheid wordt Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO) genoemd. Er is een organisatie, MedMij, die een kwaliteitslabel uitdeeft en toezicht houdt op de PGO.<sup>12</sup> Ook leert de inwoner van Nederland dat de overheid betrokken is bij en garant staat voor de functies die te maken hebben met de veiligheid, betrouwbaarheid en toegankelijkheid van de uitwisseling van de gezondheidsgegevens.

*Dat geeft een veilig gevoel.*

4. De inwoner van Nederland meldt zich aan bij een/de<sup>13</sup> PGO. Tijdens dit proces wordt de identiteit secuur gecontroleerd. Dat is wel even puzzelen. Gelukkig wordt iedere stap begeleid door heldere en begrijpelijke instructies en is er zo nodig een helpdesk beschikbaar. De inwoner van Nederland begrijpt waarom het belangrijk is om dit aan het begin goed te controleren. Net als wanneer je voor het eerst een bankrekening opent, je zorgtoeslag aanvraagt of een bedrijf wilt beginnen.

*Ben je hier eenmaal doorheen, dan heb je er daarna gemak van.*

#### Stap 2: Inloggen en verificatie

5. De inwoner van Nederland is nu PGO-gebruiker en logt in bij de PGO met de DigiD-app.<sup>14</sup>

*De kennis en ervaring opgedaan bij het aanmelden maakt dat dit nu gemakkelijk gaat.*

6. De PGO-gebruiker komt in het homescherm van de PGO en wordt welkom geheten met de eigen naam. Omdat het de eerste keer is, is er de mogelijkheid om een korte animatie te bekijken over de mogelijkheden van de PGO. De PGO-gebruiker heeft daar nu geen tijd voor, klikt de animatie weg en drukt op de knop 'Mijn gezondheidsgegevens'.

*De PGO-gebruiker vindt het fijn dat de belangrijkste functie van de PGO direct toegankelijk is.*

---

<sup>12</sup> Afhankelijk van de gekozen richting en de mate van regie door de overheid kunnen de namen veranderen.

<sup>13</sup> Afhankelijk van de situatie van dat moment

<sup>14</sup> Of een ander erkend inlogmiddel wanneer deze optie via het Stelsel Toegang beschikbaar is gekomen.

### Stap 3: Gegevens vinden, toestemming geven en bekijken

7. De PGO-gebruiker ziet – na een klik op de knop ‘mijn gezondheidsgegevens’ een melding ‘Eén moment alstublieft, het overzicht van uw behandelaars wordt opgehaald’. Daarna verschijnt een lijst met zorgaanbieders en andere bronnen met de tekst ‘Deze organisaties hebben gegevens van u.’ De PGO-gebruiker herkent veel van de behandelaars. Van een paar was ze vergeten dat zij ze ooit bezocht heeft. Er blijken ook vaccinatiegegevens en gegevens uit het bevolkingsonderzoek en het donorregister beschikbaar te zijn. Twee behandelaars ontbreken op de lijst. Via een zoekscherm worden ze gevonden. Bij één van de twee staat de melding ‘Deze behandelaar deelt nog geen gegevens met de PGO’. De PGO-gebruiker voegt ze allebei toe aan de overzichtslijst en is nu klaar voor de volgende stap: ‘Gegevens ophalen’  
*De PGO-gebruiker is tevreden met dit overzicht.*
8. De PGO-gebruiker ziet de aangevulde lijst met zorgaanbieders die data beschikbaar hebben. Achter elke regel staat nu een check box. Bovenaan de kolom staat de tekst ‘Deze gegevens tonen in mijn PGO’. De PGO-gebruiker kiest voor ‘selecteer alles’ en vinkt daarna een ziekenhuis uit dat volgens haar toch niet over actuele en relevante data beschikt. De behandelaar die nog geen data met de PGO deelt staat onderaan de lijst en kan uiteraard niet aangevinkt worden. De PGO-gebruiker neemt zich voor daar bij een volgend consult navraag naar te doen. Als de vinkjes goed staan klikt de PGO-gebruiker op de knop ‘Verzamel mijn gegevens’. Via een voortgangsbalk kan het proces van het verzamelen van de gegevens en de tijd die het proces in beslag zal nemen. Na anderhalve minuut verschijnt de melding ‘U kunt nu uw gegevens bekijken.’  
*De PGO-gebruiker vindt het belangrijk zelf te kunnen kiezen welke gegevens getoond worden.*

### Stap 4: Toestemming en delen

9. De PGO-gebruiker ziet nu een nieuwe functie in het homescherm van de PGO: ‘Mijn toestemmingen beheren’. Daar bevindt zich het overzicht van de aangevinkte toestemmingen en de mogelijkheid om hierin wijzigingen aan te brengen. Er is ook de mogelijkheid om toestemming te geven om de gegevens in de PGO te delen met anderen, zoals zorgverleners of familieleden en om inzage te krijgen in de gegevens van de eigen kinderen. De PGO-gebruiker geeft toestemming aan een specialist in één ziekenhuis om toegang te krijgen tot de gegevens van een specialist in een ander ziekenhuis, omdat deze gegevens – zo blijkt keer op keer – niet goed worden uitgewisseld. Ook neemt ze zich voor met haar ouders te bespreken om voor hen een PGO aan te maken en deze voor ze te beheren.  
*Goed geregeld dat deze mogelijkheden er nu zijn!*

### Stap 5: Eerste gebruik

10. De PGO-gebruiker bekijkt de gezondheidsgegevens in de PGO. De eerste bladzijde bevat een samenvatting van de gegevens. Deze is gebaseerd op afspraken in Europa en daardoor ook in het buitenland te gebruiken. Verder ziet de indeling er logisch uit en zijn er verschillende manieren om de gegevens te bekijken. Alle gegevens van één behandelaar bij elkaar, of alle laboratoriumuitslagen, medicijnen en röntgenfoto’s. Het is mogelijk om de termen van de dokter te vertalen in begrijpelijke woorden. Alle teksten kunnen worden voorgelezen. Sommige uitslagen staan meerdere keren in de PGO. De volgende keer nog wat meer vinkjes uitzetten. Best slordig, er staan een paar fouten in het dossier! Goed dat dit nu zichtbaar is. Voor nu genoeg gekeken.  
*Dit ga ik vast en zeker vaker gebruiken!*

### Stap 6: Voortgezet gebruik en onderhoud

11. Twee weken later logt de PGO-gebruiker weer een keer in bij de PGO. Het voelt al een beetje vertrouwd. Ze ziet drie berichten. Eén bericht heet haar ‘welkom terug’ en legt uit waaraan je

nieuwe informatie sinds het laatste bezoek aan de PGO (de datum en tijd staat er tot op de seconde nauwkeurig bij) kunt herkennen. Het klopt, het consultverslag van het bezoek aan de huisarts van vorige week springt er meteen uit. Het andere bericht maakt melding dat er een nieuwe behandelaar met informatie is gevonden. Oh ja, de fysiotherapeut, dat is waar ook, daar loopt ze ook. In het laatste bericht staat dat de specialist met wie ze gegevens gedeeld heeft, daar twee dagen geleden naar gekeken heeft. Dat komt goed uit want de volgende afspraak is morgen.  
*Ik hoef me op deze manier geen zorgen te maken dat ik dingen mis.*

12. De PGO gebruiker bekijkt, nu alle uitslagen op een rijtje staan, hoe het de laatste tijd met de instelling van de diabetes gaat. Het valt op dat de bloedsuikers 's winters veel hoger zijn dan 's zomers. Binnenkort maar eens met de praktijkondersteuner over hebben hoe dat komt en wat ze er aan kan doen.

*Best bijzonder hoe een simpel overzicht van de uitslagen tot nieuwe inzichten kan leiden.*

13. Drie maanden later gaat de PGO-gebruiker overwinteren aan de Costa del Sol. De samenvatting van de PGO blijkt ook in het Spaans beschikbaar te zijn.

*Trots laat de PGO-gebruiker deze handige functie aan haar mede-overwinteraars zien.*

14. Weer drie maanden later gaat de PGO-gebruiker verhuizen naar een nieuwe woonplaats in Nederland. De nieuwe huisarts en de nieuwe specialist delen ook data met de PGO, anders was ze daar geen patiënt geworden. De nieuwe toestemmingen voor bekijken en delen van de gegevens van de nieuwe behandelaars worden bijgewerkt in de PGO.

*Mooi dat je jouw eigen gegevens mee kan nemen, waar je ook woont.*

#### **Stap 7: Gebruik van PGO-data in digitale zorgtoepassingen en hybride zorg**

15. De PGO-gebruiker gebruikt de PGO ruim een half jaar regelmatig als de functie 'download mijn gegevens' beschikbaar komt. Dat komt goed uit! Nu ze veel bewuster met haar diabetes omgaat, heeft ze met de praktijkondersteuner van de nieuwe huisartsenpraktijk besproken om gebruik te gaan maken van een app voor mensen met diabetes. De uitslagen en de diabetesmedicijnen kunnen door dat programma gebruikt worden om haar persoonlijke adviezen te geven. Daardoor hoeft ze minder vaak naar de praktijk te komen, want de praktijkondersteuner kan op afstand meekijken, adviezen geven en informatie delen.

*Mooi dat dit soort nieuwe ontwikkelingen nu een vaste plek in de zorg krijgen.*

## Bijlagen

### Bijlage 1 – Het proces: uitzoeken, uitwerken en ontwerpen

#### Deelnemers aan het #HoeDanWel?-project

De #HoeDanWel?-projectgroep is samengesteld uit medewerkers van VWS, ZN, MedMij, Nictiz en VZVZ. Vier werkgroepen hielden zich bezig met de uitwerking van de vier voorwaarden: gebruik BSN, lokalisatie, datastructuur en leverplicht. Tijdens de scoping sessie is meegedacht door twee medewerkers van VECOZO. Bij de uitwerking van de architectuurplaten van stap 1 en 2 is gebruik gemaakt van de expertise van twee medewerkers van het ministerie van Binnenlandse Zaken. Het resultaat is in de eindfase van het project besproken met twee architecten van Nictiz.

De coördinatie en verslaglegging is uitgevoerd door de coördinator van MedElkaar.

Vanwege de vakantieperiode was het een hele uitdaging, maar het is gelukt om de hele periode ‘alle posten’ bezet te houden!

#### Drie sprints en tussentijds voortgangsoverleg

Na de scoping sessie is het werk verdeeld in drie sprints van twee weken met achtereenvolgens als motto ‘uitzoeken’, ‘uitwerken’ en ‘ontwerpen’. Na iedere sprint vond drie keer een kort tussentijds bestuurlijk voortgangsoverleg plaats, waaraan steeds een deelnemer elk van de vier MedElkaar-partijen (VWS, ZN, PFN en MedMij) deelnam. De bestuurders van Nictiz en VZVZ zijn tussentijds éénmalig in het MedMij-opdrachtgeversoverleg (OGO) bijgepraat.

Maand:	JUL	JUL	JUL	AUG	AUG
Weeknr:	Week 28	Week 29	Week 30	Week 31	Week 32
		Sprint 01 - 13/07 t/m 26/07		Sprint 02 - 27/07 t/m 09/08	
Activiteit	voorbereiden	uitzoeken		uitwerken	
Data:	13/07 Scoping	26/07 1e oplevering		09/08 2e oplevering	
Besluitvorming:					

AUG	AUG	AUG	SEP
Week 33	Week 34	Week 35	Week 36
Sprint 03 10/08 t/m 23/08			
ontwerpen			
23/08 eindoplevering		28/08 Projectgroep	04/09 Regiegroep
Opleveren plan		Vaststellen plan	Go/No Go

#### Ontwerpplan

Dit ontwerpplan is tot stand gekomen via een aantal concept- en commentaarversies. De tabel hieronder geeft daarvan een overzicht. Enkele medewerkers van Nictiz en VZVZ zijn bij het proces betrokken geweest, hebben meegelezen en becommentarieerd, maar het plan is nog niet organisatiebreed getoetst. De grote tijdsdruk heeft sowieso gevolgen gehad voor de zorgvuldigheid van het commentaarproces. De verantwoordelijkheid voor de keuzes die ten gevolge van deze tijdsdruk zijn gemaakt, berust volledig bij de auteur van het ontwerpplan.

Datum	Versie	Opmerking
21-08-23	1 <sup>e</sup> commentaarversie	Te bespreken door de projectgroep MedElkaar op 21/08
22-08-23	1 <sup>e</sup> conceptversie	Te bespreken in het bestuurlijk voortgangsoverleg op 23/08
24-08-23	2 <sup>e</sup> commentaarversie	Te bespreken met vertegenwoordigers zorgaanbieders op 30/08
28-08-23	2 <sup>e</sup> conceptversie	Te bespreken door de projectgroep MedElkaar op 28/08
31-08-23	Bespreekversie	Te bespreken door de bestuurders van ZN en VWS op 04/09
27-09-23	Eindversie	Te bespreken door de MedElkaar Regiegroep op 02/10
16-10-23	Publicatieversie	Te gebruiken voor het raadplegen van betrokken partijen



## Bijlage 2 – De opdracht van de regiegroep

### Uitgangspunten voor de opdracht uit de notulen van de regiegroep d.d. 29 juni 2023

*[start citaat]*

Vraag is nu hoe te komen tot een document waaruit duidelijk blijkt wat er nodig is en wie voor welk onderdeel aan de lat staat. Dit moet er na de zomer liggen.

We spreken af dat dit in juli en augustus 2023 in MedElkaar-verband wordt uitgewerkt in een beslisdocument waarin de volgende onderdelen terugkomen. *NB: Deze punten zijn deels in de vergadering benoemd en deels gedestilleerd uit (verslagen van) eerdere besprekingen over deze onderwerpen.*

**Deel 1:** Uitwerken van de aanpassingen die nodig zijn om te komen tot een generieke inzagefunctie van de informatie uit de bronsystemen in de zorg. Uitgangspunten daarbij:

- a. Bezie wat nodig is voor dossierinzage als gemeenschappelijke functie, zo nodig in het publieke domein, zodat de complexiteit wordt verminderd en regie op en monitoring van de informatieoverdracht veel beter mogelijk zijn.
- b. Definieer hierbij het kritieke pad. Dat gaat in ieder geval over BSN-gebruik, lokalisatie en inzage van alle beschikbare i.p.v. alleen volledig gestructureerde data.
- c. Gebruik hierbij zoveel mogelijk componenten die er al zijn. Ga pragmatisch om met de eis om gestructureerde gegevens (Zibs) te gebruiken en kijk ook naar (nog) niet gestructureerde gegevens die snel meerwaarde kunnen bieden. Kortom: ontsluit gestructureerd als het kan en niet- of semigestructureerd als het meerwaarde biedt voor een goed gevulde PGO. Gebruik buitenlandse voorbeelden (België, Oostenrijk, Scandinavië) als inspiratiebron.
- d. Ontwikkel zo generiek mogelijk zodat componenten niet alleen voor PGO's maar ook voor andere digitaliseringsprogramma's in de zorg bruikbaar zijn. Als PGO-specifieke oplossingen onvermijdelijk zijn, beperkt deze oplossing dan zoveel mogelijk in omvang en duur en streef naar vervanging door een generieke component in de toekomst.
- e. Veranker, zo nodig ook wettelijk, dat leveranciers en zorgaanbieders alle beschikbare gegevens moeten aanbieden.
- f. Organiseer dat de randvoorwaarden voor dossierinzage zoals gebruik BSN en een lokalisatiefunctie (gebaseerd op behandelrelaties) tijdig beschikbaar zijn.
- g. Laat overige functionaliteit, use cases en innovatie op basis van deze integrale dossierinzage over aan marktpartijen. Houd daarbij rekening met de eisen van het vertrouwensmodel zoals beschreven in de Nationale Visie en Strategie op het gezondheidsinformatiestelsel.

**Breng van al deze stappen in beeld:**

- Welke keuzes (alternatieven) zijn er om tot een werkende oplossing te komen?
- Hoe leiden deze keuzes tot complexiteitsreductie en versnelling?
- Welke risico's zijn aan de verschillende keuzes verbonden?
- Wat zijn de consequenties van de keuzes voor de IZA-afspraken, de generieke functies en wetgeving?
- Wat zijn de consequenties van de keuzes voor de in de Kamerbrief aangekondigde aanbesteding en de financiering van het PGO-stelsel ná 2023 en óf en hoe de aanbesteding daartoe kan worden ingezet.

**Deel 2:** Benoemen van de verantwoordelijkheden. Duidelijk moet zijn wie moet wat doen en wanneer om de uitgewerkte stappen te realiseren!

**Deel 3:** Beschrijven van de gewenste gebruikservaring van de PGO-gebruiker in 2025. *NB: deze opsomming is ter illustratie en niet uitputtend.*

- Ik kan met 1x inloggen op meerdere plekken gegevens ophalen
- Mijn gegevens (behandelrelaties) zijn vindbaar vanuit mijn PGO
- De gegevens die ik ophaal zijn compleet

*[einde citaat]*

## Bijlage 3 – Reacties op het ontwerpplan van zorgaanbieders en leveranciers

Eerdere versies van het ontwerpplan en de uitkomsten van de #HoeDanWel?-activiteiten zijn tijdens verschillende gelegenheden besproken met (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders.

- Tijdens een consultatiesessie met vertegenwoordigers van de huisartsenzorg (waaronder een CMIO), de langdurige zorg (een CNIO), de medische specialistische zorg (enkele zorgaanbieders en een CumuluZ-projectleider) en de KNMG (een medisch ethicus).
- Door middel van een schriftelijk commentaar op het ontwerpplan door een vertegenwoordiger van de ZKN en een schriftelijke commentaarronde op het verslag van de consultatiesessie.
- Door middel van presentaties op heidagen voor de langdurige zorg, de GGZ en de geboortezorg en op een bijeenkomst van VIPP5.

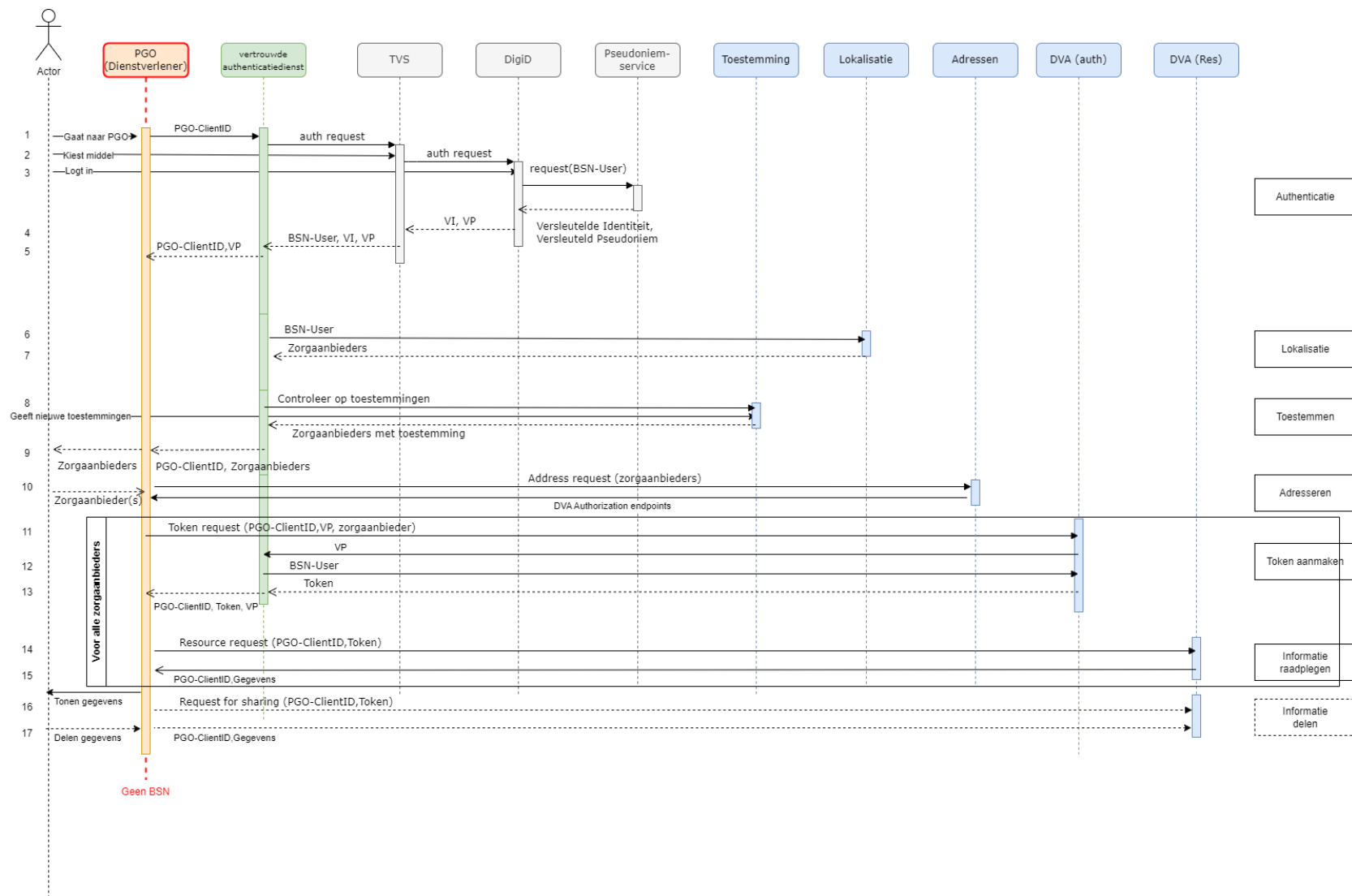
### **De belangrijkste conclusies en aanbevelingen van de zorgaanbieders:**

1. Zorgaanbieders zien (het ontbreken van) de informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders onderling als hun grootste probleem. Het ontbreekt aan een goede basis en generieke diensten. Maak landelijk heldere architectuurkeuzes! Maak daarbij geen uitzonderingen voor PGO's, ontwikkel generiek en zorgbreed.
2. Stimuleren van gebruik van PGO's zal pas ontstaan wanneer de meerwaarde van PGO's voor zorgverleners en patiënten evident is. Het oplossen van problemen en toezien op en handhaven van de kwaliteit van het PGO-stelsel moet verbeteren. Zorg voor vertrouwen bij burgers en zorgaanbieders. Op dit moment wordt meerwaarde vooral via portalen gerealiseerd.
3. 'Leverplicht' wordt gezien als een zware term, zeker zolang de meerwaarde nog niet duidelijk is. Bovendien: hoe is deze te realiseren en te handhaven? Geef ook duidelijkheid over de vergoeding van de kosten die zorgaanbieders hiervoor moeten maken.
4. Oplossen van problemen in de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners 'via de patiënt' heeft niet de voorkeur van de meeste zorgaanbieders. In de praktijk ontstaat een dergelijke uitwisseling vaak als een pragmatische (nood)oplossing. Het is de vraag of dit wenselijk is (zie ook punt 1).
5. Inzien van data (real time bij de bron) via een viewer is voor zorgverleners in een aantal gevallen voldoende en voorkomt (onnodig) repliceren van data. Belangrijk is wel dat deze data overzichtelijk worden gepresenteerd.
6. De mogelijkheid om (een deel van) de data gestructureerd uit te wisselen en in het eigen dossier op te nemen blijft daarnaast essentieel. Dat geldt ook voor data die een PGO-gebruiker zélf bijhoudt, bijvoorbeeld over medicatiegebruik.
7. Zorgverleners (met name in de langdurige zorg) benoemen nadrukkelijk als risico dat de optie van een generieke inzagefunctie via een viewer, de prikkel bij leveranciers kan wegnemen om door te gaan met het inbouwen van Zibs en informatiestandaarden. Dat is onwenselijk.
8. Synergie tussen programma's en hergebruik van (uniforme) koppelvlakken is belangrijk. Zorg daarbij voor de juiste prioritering en begin klein, want er staat (te) veel op de ontwikkelagenda's (zie ook punt 1).
9. Besteed veel aandacht aan gebruiksgemak van ICT-systemen voor zowel zorgverleners als patiënten. De langdurige zorg werkt vaak met een doelgroep met beperkte digitale en gezondheidsvaardigheden, dat beperkt de mogelijkheden om gebruik te maken van PGO's.
10. De consultatie vond plaats op basis van een conceptversie van het plan. Er is nog onvoldoende gelegenheid geweest om dieper op de stappen in te gaan. Er is behoefte om nogmaals geconsulteerd te worden wanneer de definitieve versie van het ontwerpplan gereed is.

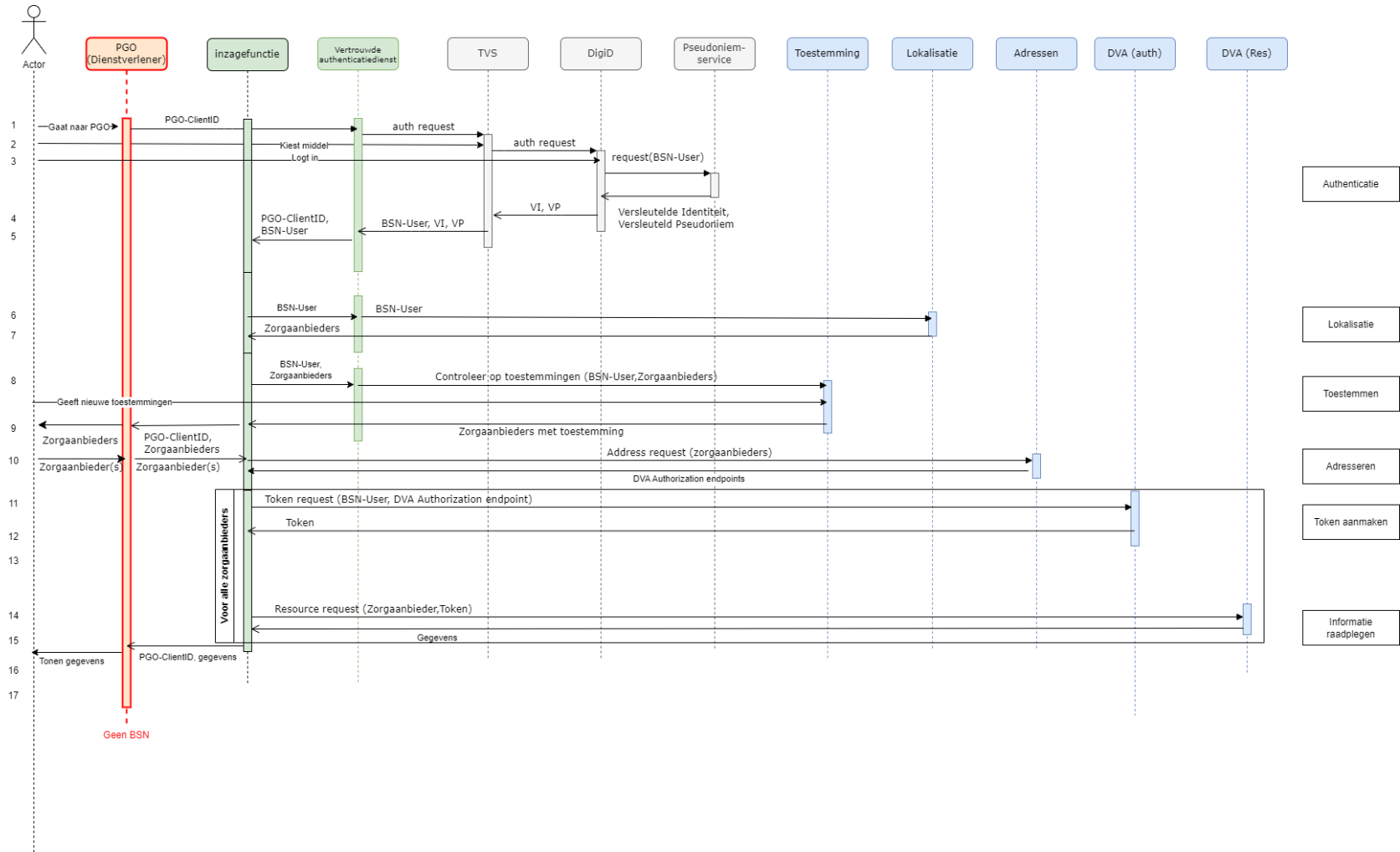
[reactie van de leveranciers volgt na het raadplegen van de deelnemers in oktober 2023]

## Bijlage 4 – Functionele architectuur voor de vertrouwde authenticatiedienst en de generieke inzagefunctie

### Stap 1 – De vertrouwde authenticatiedienst

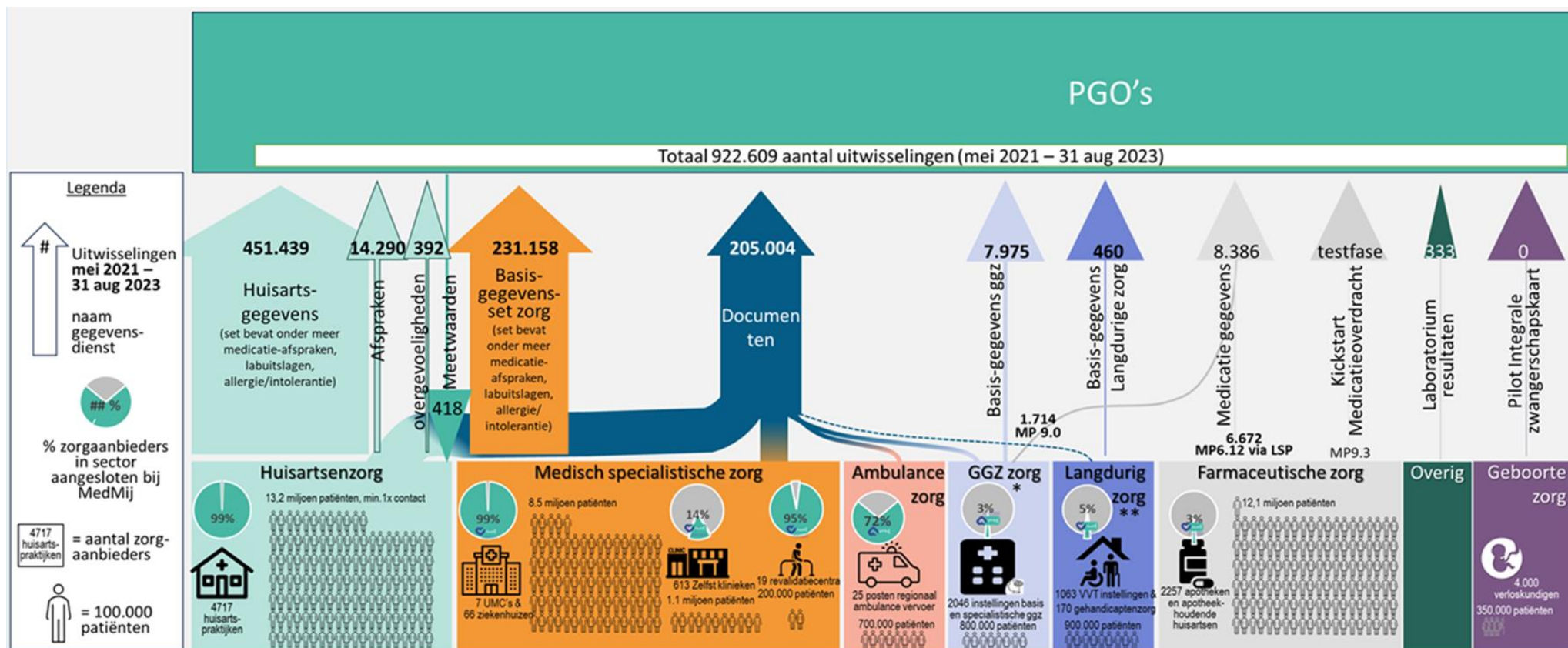


## Stap 2 De generieke inzagefunctie



**NB:** De diagrammen geven een goed idee van de componenten van stap 1 en 2 en welke interacties plaats vinden. Het is geen definitief ontwerp. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de functies van verschillende componenten door één dienst wordt uitgevoerd. De diagrammen beschrijven één use case. Machtigen en vertegenwoordigen zijn buiten beschouwing gelaten ter versimpeling van de weergave.

Bijlage 5 – Datastromen naar PGO's per 31 augustus 2023



## Bijlage 6 – Overzicht van risico's

Risico	Omschrijving risico	Effect op	Preventieve maatregel Wat kan gedaan worden om te voorkomen dat het risico zich voordoet	Genezende maatregel Wat kan gedaan worden als het risico zich heeft voorgedaan, en/of om het risico (definitief) op te lossen
<b>Stap 1 en 2 wijken af van beleid kamerbrief van mei 2023</b>	In de kamerbrief wordt BSN optie 1 aangekondigd, optie 2 en 3 niet	Alle stappen	In volgende kamerbrief beschrijven	Wettelijke grondslag regelen i.o.m. de kamer
<b>Kosten CIBG zijn niet begroot</b>	Nog geen inzicht in kosten van inzet CIBG	Alle stappen	Ruimte vinden binnen bestaande begroting	Extra ruimte aanvragen in voorjaarsnota
<b>Planning CIBG is niet bekend</b>	Nog geen inzicht in duur ontwikkelfase	Alle stappen	Intakefase snel doorlopen, verband met coalitieakkoord en IZA benadrukken, onderzoeken wat door iRealisatie kan worden gedaan	Garantie van VWS voor tijdige realisatie
<b>CIBG maakt geen gebruik van TVS</b>	DVA en PGO's maken wel gebruik van TVS	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Impactanalyse	Regelen dat CIBG wél gebruik maakt van TVS
<b>Wetgeving moet er zijn vóór de bouwfase</b>	Onzekere planning en doorlooptijden	Alle stappen	Onderzoek naar versneld wetstraject, onderzoeken wat door iRealisatie kan worden gedaan	Regelen wettelijke grondslag
<b>Afhankelijkheid van beschikbaarheid generieke functie lokalisatie, toestemming en adressering</b>	Wacht op uitspraak landelijke oplossing	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Goede coördinatie en aansturing vanuit VWS op tijdige beschikbaarheid van de oplossing	Definitieve inwerkingtreding landelijke infrastructuur en generieke functies
<b>Vulling Mitz-register met zorgaanbieders is onvoldoende</b>	PGO-gebruiker kan de "Waar zijn mijn data?" vraag niet goed beantwoordt krijgen	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Goede aansturing bij uitvoering Mitz en ondersteuning m.b.v. 'leverplicht'	Definitief wettelijk kader voor (deelname aan) lokalisatie, toestemming en adressering
<b>#HoeDanWel-stappen stellen nieuwe eisen aan Mitz-koppelvlak</b>	Gebruik van pseudoniem-BSN is niet voorzien	Alle stappen	Beproeven in PoC	Inbouwen in definitieve koppelvlak
<b>Extra aanlevering ongestructureerde data is afhankelijk van medewerking zorgaanbieders en hun leveranciers</b>	Moet plek krijgen op (te) volle ontwikkelagenda's	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Optimaal benutten van synergie en "laag hangend fruit". Bieden van ondersteuning aan koepels door kwartiermaker en projectleiders. Meenemen in IZA-traject 'Van visie naar werkagenda'	Wettelijk kader voor leverplicht, informatie-uitwisseling zorgverlener-zorgverlener en zorgverlener-patiënt verloopt op identieke wijze

<b>Ongestructureerde data zijn moeilijk te anonimiseren of te filteren op data die de privacy van anderen schaden</b>	Privacy-risico bij verwerking van ongestructureerde data	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	DPIA uitvoeren	Doorgroeien naar gebruik gestructureerde data
<b>Focus op ongestructureerde data neemt prikkel weg om Zibs in te bouwen</b>	Leveranciers en zorgaanbieders stoppen met structureren van data en inbouwen Zibs t.g.v. 'vluchtroute' via ongestructureerde data	Alle stappen	Benadrukken van belang datastructurering	Handhaving van wettelijke leverplicht
<b>Uitvoering van wettelijk geregelde 'brede leverplicht' is niet uitvoerbaar door zorgaanbieders en hun leveranciers</b>	Zijn alle zorgaanbieders in alle zorgsectoren in staat om een elektronisch afschrift van het dossier (conform AVG en Wabvpz en op termijn EHDS) aan te leveren aan de PGO?	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Impactanalyse per zorgsector	Handhaving van wettelijke leverplicht
<b>Onzeker wanneer 'brede leverplicht' wettelijk geregeld kan zijn</b>	Duur en uitkomst van een wetgevingstraject zijn onzeker	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Waar mogelijk gebruik maken van (aanpassingen) op bestaande wetten of AMvB's	Wachten op PGO-wet
<b>Publieke zorgdata vallen niet onder de Wabvpz</b>	Geen wettelijke grondslag voor leverplicht publieke zorgdata	Alle stappen en project publieke zorgdata van VWS	Onderzoeken of bestaande wetten (Wet publieke gezondheid) bruikbaar zijn	Regelen van nieuwe wettelijke grondslag
<b>Nog geen relatie tussen leverplicht en financiering MedMij-afsprakenstelsel</b>	Onduidelijkheid voor leveranciers en zorgaanbieders over vergoeding van kosten en risico's van investeringen	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Snelle duidelijkheid over aanbestedingstraject, financiering vanaf 2024 en ondersteuning zorgsectoren	Definitieve financieringsregeling PGO-stelsel
<b>Onduidelijkheid over mogelijkheden tijdelijke ontheffingen voor juridische grondslagen</b>	Maakt doorlooptijden van stappen moeilijk te bepalen	Alle stappen en MedMij-afsprakenstelsel	Expertsessie beleggen en bestuurlijk besluit over keuzes per stap	Definitieve route naar wettelijke grondslag is vastgesteld en in gang gezet
<b>Onduidelijkheid over planning en mogelijkheden BSN-k en Landelijk Stelsel Toegang</b>	Maakt doorlooptijd voor realiseren vertrouwde authenticatiedienst moeilijk te bepalen	Alle stappen	Overleg met BZK, onderzoek van alternatieve oplossing door VWS iRealisatie.	Definitieve keuze voor vertrouwde authenticatiedienst is gemaakt en in gang gezet